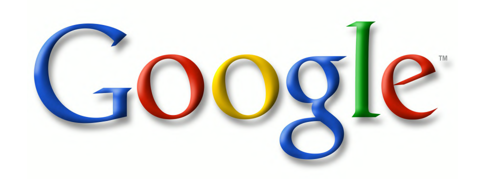








ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ; ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XXVII

Contenant des travaux de MM.

Auvard, Chalot, Chazan, L. Dumas, Le Blond, Pajot, Pinard, Pozzi, Ribemont-Dessaignes, Rivière, Rouvier, Secheyron, Terrillon, Tillaux, Varnier.

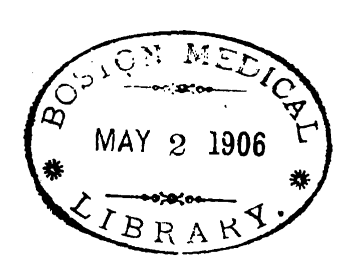
1887
(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1887


BOSTON MEDICAL
MAY 2 1906
LIBRARY.

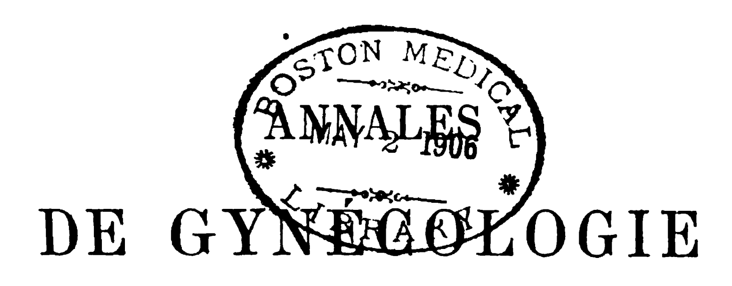
ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

DÉCEMBRE 1886



FŒTUS THORACOPAGES

Par le Dr Alphonse HERRGOTT, de Nancy



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1887

LE PROFESSEUR PAJOT

PROFESSEUR HONORAIRE

Après quarante-cinq ans d'un enseignement à jamais célèbre, et dont les résultats ont été immenses, en pleine possession de sa force et de ses moyens, le professeur Pajot a demandé le 18 décembre 1886 sa mise à la retraite, ayant atteint, à cette date, la limite d'âge imposée par le nouveau règlement.

Les Annales n'ont point à faire son éloge.

Tous nos lecteurs savent ce qu'a été, ce qu'a fait, le professeur Pajot. Nous, nous savons ce qu'il est, ce qu'il est capable de faire, ce qu'il fera encore; car s'il est atteint par le règlement, il ne l'est point par la vieillesse. Aussi, en nous associant aux regrets de tous, en offrant notre témoignage de respectueuse admiration au Maître illustre qui vient de quitter sa chaire, nous nous consolons en pensant que les Annales ne peuvent que profiter de cette détermination.

Libre de toute occupation et préoccupation scolastique, le professeur Pajot continuera son Enseignement dans le journal qu'il a fondé, et nul n'ignore que si sa parole était éloquente, sa plume ne l'est pas moins.

La Rédaction

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Dernière leçon de M. le Professeur **Pajot**. — 18 décembre 1886 (1).

Messieurs,

Avant de quitter, pour toujours, cette chaire de clinique et avant de vous faire mes adieux, permettez-moi de vous entretenir brièvement, d'un fait tout récent, très rare, et qui contient pour vous, un réel enseignement. Hier, en arrivant à l'hôpital, la sage-femme en chef me disait « *Nous avons à la salle d'accouchements une femme, en travail, qui vient d'arriver, chez laquelle on ne trouve ni col, ni orifice* ». Qu'il n'y eut pas de col, nous en eûmes bien vite l'explication. Cette femme avait, en effet, subi, deux années auparavant, l'opération de Huguier, pour un allongement hypertrophique du col. Elle prétendait qu'on l'avait opérée « *pour une descente* ».

Par le toucher il était facile de constater, en effet, l'absence du col utérin et au niveau de la place qu'il occupe habituellement, on trouvait d'abord, un tissu de nature cicatricielle, *dur*, *résistant*, *comme fibreux*. De plus, à peu près

(1) Recueillie par le Dr R. Labusquière.

au centre de la zone indurée on pouvait constater l'existence d'une dépression, très petite et dont l'appréciation, il faut le dire, était loin d'être facile. Du reste, la sage-femme en chef, que je fis toucher après moi, se rendit parfaitement compte de cette disposition tout à fait rare. Mon chef de clinique, M. Loviot qui, un peu plus tard, examina, en détail, cette femme pour être prêt à toute éventualité, se servit du spéculum, mais il eut beaucoup de difficulté à *voir* ce petit orifice. En réalité, il ne se révélait que par un point noir, faisant tache sur la zone rouge sombre, environnante; et la preuve que l'on ne se trompait pas, c'est qu'on pût faire pénétrer à ce niveau un cathéter, mais du plus fin calibre.

En résumé, la situation était la suivante :

Femme en douleurs depuis la veille; mais il faut dire que, malgré ces gémissements presque continuels, les contractions n'avaient pas ce caractère de régularité, d'intermittence nette, d'énergie soutenue, qui appartient à un travail qui s'accomplit normalement.

Cependant, en raison de l'exiguïté de l'orifice, compliquée de la rigidité très accusée des tissus périphériques, il était bien permis de ne pas trop compter sur la terminaison spontanée de cet accouchement. La première impression ressentie, était que cet orifice si étroit et à bords si résistants, ne se dilaterait pas. Les prescriptions furent faites en conséquence.

Attendre. Surveiller très attentivement, l'état du fœtus et celui de la mère, et, à la première indication, *précise*, tirée de cette observation *intervenir*. Mais comment intervenir ? D'abord, en introduisant, dès que les dimensions de l'orifice le permettront une *sonde-bougie*, dans le but de produire des contractions plus énergiques, mieux soutenues. Et, si les contractions ne parvenaient pas à dilater cet orifice, en pratiquant sur ses bords, de préférence à gauche et à droite, de petites incisions destinées à favoriser la dilatation.

A défaut d'indication précise, *attendre* tant que l'état de la mère ne péricliterait pas. Dans ce cas, en effet, comme

dans beaucoup d'autres, ne l'oubliez jamais, ce qu'il faut avant tout : *C'est savoir attendre.* Ceci me remet en mémoire, un fait que j'ai souvent cité et qui est bien lointain.

« Pendant les journées de juin 1848, j'assistais, en présence d'un médecin américain, une jeune dame, sa compatriote. Elle était primipare, bien conformée, d'un flegme plus que britannique, se plaignant peu, ne s'émouvant de rien, dormant entre ses douleurs, prenant des bouillons et des potages. L'enfant se présentait en première position du sommet. Elle mit *soixante-quatorze heures à accoucher.* 74 heures ! c'est bientôt dit. Mais, combien cela est long ! Je passai là trois jours et trois nuits ! L'enfant était d'un volume ordinaire assez vivace, la mère présenta le *pouls ralenti* des accouchées. Elle ne fut pas un instant malade. »

C'était là un véritable type de *travail prolongé* ou *d'accouchement ennuyeux*, le « tedious labour » des Anglais.

L'accouchement terminé, le médecin Américain me dit, en me serrant la main, « Ah ! monsieur, je n'aurais jamais cru *qu'il fût aussi difficile de savoir ne rien faire !* ».

Eh bien ! dans le cas actuel nous avons su aussi ne rien faire, parce qu'il ne s'est manifesté aucun symptôme inquiétant ni chez la mère, ni chez l'enfant. Résultat : Tous les deux sont à l'heure qu'il est dans des conditions excellentes, après un accouchement spontané. L'enfant n'est pas à terme. Comme je l'ai bien souvent répété, pour ces circonstances spéciales, la conduite de l'accoucheur peut se résumer en deux mots : *expectation* et *surveillance.*

Et comme l'exprimait si bien, le confrère d'Amérique, *il faut savoir ne rien faire.*

Généralement, en obstétrique, on ne doit attacher qu'une importance secondaire aux faits extraordinairement rares. Ils sont, pour ainsi dire, hors de la pratique ; mais quand, d'un fait exceptionnel, il se peut tirer des déductions qui vont retentir sur l'art tout entier, le fait rare est utile, on s'en souvient parce qu'il est rare et il rappelle des conséquences d'une utilité générale. C'est le cas.

Démosthène disait, il y a trois qualités pour l'orateur. La première, c'est *l'action*, la seconde, *l'action* et la troisième *l'action*.

Il y aussi trois qualités pour l'accoucheur, la première c'est *la patience*, la seconde, *la patience*, la troisième *la patience*.

Ce fait et des milliers d'autres le prouvent.

Mais aussi n'oublions pas : que si l'on ne doit jamais *intervenir* sans une indication formelle, dès que cette indication se présente, il faut la remplir sans temporisation, et virilement, parce que « en obstétrique, telle intervention qui sauvera les deux êtres est actuellement facile et dans quelques heures, elle deviendra inefficace, dangereuse ou impossible ».

Discours de M. le Professeur Pajot.

Messieurs,

Un nouveau règlement de la Faculté impose la retraite aux professeurs à soixante-dix ans.

Aujourd'hui, 18 décembre 1886, j'ai soixante-dix ans.

Je n'ignore pas qu'on me tolérerait encore quelques mois avant qu'on me signifiât mon congé.

Je trouve plus convenable de me conformer à la lettre du règlement et, mes soixante-dix ans sonnant aujourd'hui, de prendre ma retraite demain.

Tout homme ayant le sentiment de sa propre dignité me comprendra et m'approuvera.

Mais *je ne veux pas partir* sans remercier mes élèves, mes amis, mes collègues, vous tous, Messieurs, qui m'avez donné ce dernier témoignage de sympathie ; sans remercier aussi toutes ces générations médicales qui ont passé par mon enseignement pendant près d'un demi-siècle. Combien de fois ai-je appris ce que je savais d'obstétrique à des fils, dont j'avais instruit les pères.

Je ne veux pas partir sans vous dire combien me sera toujours précieux le souvenir de tant de marques d'estime et d'affection que j'ai reçues de vos aînés, comme j'en reçois de vous-même. Messieurs, si pendant toute ma vie j'ai aimé la jeunesse médicale, je puis dire qu'elle me l'a bien rendu. Vous en trouverez les preuves dans ma lettre de retraite que M. l'éditeur Stenheil a bien voulu se charger de donner à qui la voudrait.

Je ne veux pas partir enfin, sans adresser mes remerciements au personnel de cet hôpital. C'est son bon vouloir, c'est sa docilité, qui m'ont rendu facile la tâche ardue que je m'étais imposée. Je voulais transformer cette clinique. J'ai tenté d'introduire ici tous les perfectionnements modernes, c'est-à-dire les règles hygiéniques les plus formelles et la méthode antiseptipue la plus rigoureuse.

Je suis arrivé à concilier les intérêts de l'enseignement avec la sauvegarde des malades ; 240 examens des femmes enceintes ont été institués, pour chaque mois, indépendamment de ceux faits tous les jeudis sous ma direction.

Aussi les médecins étrangers sont ils venus et ont-ils été forcés de convenir, que maintenant cette Maternité pouvait rivaliser avec tout ce qu'il y a de plus parfait en Europe parmi les établissements hospitaliers de ce genre.

Combien n'avons-nous pas été récompensés de nos peines en voyant la mortalité diminuer et les opérations graves suivies, le plus souvent, de guérison, et parfois même dans des cas qui semblaient désespérés.

Eh bien, Messieurs, c'est au dévouement, c'est au zèle infatigable du personnel, depuis les chefs de clinique, les sages-femmes en chef et en second, les directeurs, et jusqu'aux plus humbles employés, que sont dus ces résultats heureux.

Je serais ingrat, — et je puis le dire hautement, si j'ai d'autres défauts je n'ai pas celui-là, — je serais ingrat si, aux jeunes médecins distingués qui ont été mes chefs de clinique, mes collaborateurs, MM. les docteurs Doléris et Loviot, je ne donnais pas, en me retirant, une mention spé-

ciale un souvenir amical et une cordiale poignée de main.

Maintenant, comme toujours, Messieurs, j'ai rempli mes devoirs de reconnaissance envers mes élèves, mes amis, mes collègues, mes collaborateurs, je n'ai plus qu'à vous dire, Messieurs, merci encore et adieu.

Discours de M. le Docteur Doléris, ancien chef de clinique de M. le Professeur Pajot, accoucheur des Hôpitaux.

Cher maître,

C'est aujourd'hui un jour de profonde tristesse, le jour des adieux et des regrets.

Vous voyez autour de vous réunis ceux qu'un sentiment impérieux et spontané a groupés ici, pour y acclamer une dernière fois le maître qui a voulu devancer l'heure de la retraite et quitter librement l'enseignement auquel il a voué toute sa vie.

Ce sentiment d'indépendance qui nous prive trop tôt d'un maître éminent, nous n'avons pas à l'interpréter ; mais permettez-nous de ne le subir qu'avec douleur.

Issu de l'enseignement *libre*, porté jadis par la voix puissante de l'opinion à la chaire que vous avez illustrée pendant vingt ans, il était juste et naturel que cette même voix vint, dans une *libre* manifestation, les seules que vous appréciez, vous saluer à l'heure de la séparation.

Cher maître, au nom de vos amis, au nom de vos élèves de la Faculté, je viens vous dire adieu.

A vous le maître par excellence, le professeur incomparable, je viens porter le juste tribut d'hommage, d'admiration et de sympathie de la jeunesse studieuse de notre Faculté.

Vous reconnaîtrez autour de vous, dans cet amphithéâtre trop peu vaste pour les contenir, les disciples d'autrefois, d'hier, hélas j'ose à peine dire ceux d'aujourd'hui, puisque,

vous l'avez résolu, c'est pour la dernière fois qu'ils ont le bonheur de vous posséder au milieu d'eux.

Messieurs,

Vous, nos aînés, qui avez connu le professeur Pajot aux premiers moments et au plein de sa brillante carrière; vous, plus jeunes, qui, comme moi, avez assisté à la dernière période de son enseignement théorique, à la Faculté, vous savez ce qu'il était là.

Vous vous rappelez les bancs assiégés longtemps avant l'heure, les amphithéâtres combles, la salle et les couloirs regorgeant d'auditeurs, les salves d'applaudissements qui saluaient l'entrée et la sortie du maître, les bravos passionnés dont les éclats prolongés interrompaient souvent le cours de la démonstration.

Vous avez entendu la parole vibrante, la phrase simple, la formule nette et lucide qui restait comme le *mot* de la leçon que chacun fixait dans sa mémoire pour ne plus l'oublier jamais.

Cette science du mot qui fait image, le geste qui impressionne, le trait vigoureux qui peint, les lignes nettes qui encadrent le thème en le rendant saisissant et clair, l'accent qui convainc et persuade, le discours varié et piquant qui tient l'attention éveillée, la verve et l'esprit, enfin tout ce qui fait l'orateur éloquent, vous l'avez admiré et applaudi, vous l'avez connu aux leçons de ce maître, où plusieurs d'entre vous sont allés non seulement apprendre, mais aussi apprendre à enseigner.

Vous savez que, deux fois, la fatigue et la maladie l'ont éloigné de sa chaire ; deux fois épuisé par ses labeurs et l'excès de sa passion pour l'enseignement, le professeur Pajot a voulu déposer le fardeau de ces fatigues devenues trop lourdes ; — deux fois des lettres et des pétitions se sont couvertes de signatures ; — les appels de ses élèves, appels pressants et réitérés, ont ramené le professeur à cette chaire où le succès l'a tenu impitoyablement cloué, un succès qui ne

s'est pas démenti un seul jour, et comme jamais peut-être professeur n'en a connu dans notre Faculté.

Son enseignement précis, limpide, fait de netteté et de simplicité, le professeur Pajot l'a transporté dans cette autre chaire qu'il vient d'occuper pour la dernière fois, et où j'ai eu l'honneur et le bonheur d'être son élève et le premier de ses chefs de clinique. C'est à ce titre que je suis heureux et fier aujourd'hui de parler au nom de tous.

Avec le professeur Pajot, sont entrées dans le service de la clinique d'accouchements de la Faculté deux innovations, deux réformes qui, à elles seules, constituent déjà deux titres à la reconnaissance de chacun : ce sont la pratique rigoureuse de l'antisepsie, sauve-garde des accouchées, et une nouvelle réglementation de l'instruction pratique des élèves, qui n'avait jamais reçu, jusqu'alors, une semblable extension.

Avec lui nous avons retrouvé les qualités éminentes du professeur de la chaire d'enseignement théorique de la Faculté. Nous avons eu surtout le privilège de retrouver aussi, grâce à cette éloquence si souple et si variée, la démonstration magistrale transformée en une suite de causeries spirituelles et familières d'où la raillerie fine et la verve jaillissaient à chaque objet discuté et où chaque conclusion vibrait des vibrations d'autrefois, en un conseil précis, en une sentence aussi brève que simple et facile à retenir.

Je crois ne pas me tromper en disant que la grande passion du professeur Pajot dans toute sa carrière scientifique ou didactique a été la passion de *simplifier*, nul mieux que lui n'a atteint ce résultat. *Simplifier*, tel a été le secret de ses succès. Là où d'autres auraient été tentés de chercher des complications et des analyses plus ou moins ardues, il cherchait et souvent d'un seul coup d'œil il trouvait la synthèse rapide, l'idée, le mot, la vérité.

J'ai retiré pour mon compte de ses leçons cette conviction que l'obstétrique est une science point compliquée, étendue mais aisée à posséder théoriquement. J'ai retiré de son exemple la preuve que pratiquement c'est avant tout un art

où le sens exercé, l'habileté naturelle ou acquise, la décision et la sûreté dans le jugement, la précision du diagnostic sont les premières qualités de celui qui s'y voue.

Tels sont, messieurs, pour nous qui l'avons connu de près et longtemps suivi, les mérites éminents de ce maître.

Pour vous, messieurs, plus jeunes encore, qui suivez pour la plupart depuis quelques mois à peine les leçons du professeur Pajot, il vous restera surtout de ces leçons à peine commencées le regret profond de les voir brusquement interrompues.

Je vois parmi vous des élèves, des médecins appartenant à presque toute les nations civilisées. Vous connaissiez avant de l'entendre le maître dont vos aînés, parmi vos compatriotes, ont écouté autrefois les leçons. Vous pourriez lui dire que les élèves du professeur Pajot sont répandus dans tous les pays ; qu'il y a des aphorismes du professeur Pajot qui sont reproduits dans tous les livres d'obstétrique et qui, traduits dans toutes les langues, resteront impérissables.

Cher maître, vos élèves, vos amis, ces disciples plus jeunes, tous ceux qu'afflige si profondément votre départ prématuré, ont voulu laisser à la postérité un témoignage de l'admiration et de l'attachement qu'ils vous ont voué, en lui léguant ce buste où vous revivrez ; mais je suis fier de vous le dire, dans ce témoignage spontané, dans cet élan du cœur, les représentants de la jeunesse étrangère qui viennent étudier à notre première Faculté de médecine de France se sont unis aux représentants de la jeunesse médicale française.

Je suis heureux de le proclamer : dans ce bronze qui restera ici comme un monument voué à votre mémoire et où chacun de nous a mis, en quelque sorte, l'expression des sentiments que vous avez su nous inspirer, il y a avant tout, un hommage pieux rendu par les médecins de tous les pays ; il y a un souvenir, un adieu, les regrets du monde savant tout entier.

Pour moi, cher maître, il y a la reconnaissance profonde pour la généreuse adoption que vous m'avez accordée au lendemain du jour où je venais de perdre un autre maître aimé ; il y a le souvenir de vos nombreux témoignages de confiance et d'estime, la tristesse et les regrets d'une séparation trop prompte et inattendue.

Pour vous, il y a dans ce bronze le légitime orgueil de la consécration suprême d'une longue carrière brillamment remplie.

Vous nous quittez, cher maître, mais votre mémoire impérissable reste au milieu de nous ; le souvenir de vos leçons et de votre exemple est dans nos cœurs.

Vous *abdiquez*, mais notre piété vous élève un monument durable.

Vous avez résolu de disparaître à jamais de cette chaire de clinique où vous nous avez tenus si souvent sous le charme de votre parole ; mais nous y plaçons votre image, comme une preuve survivante de notre admiration pour le maître le plus éloquent, le plus écouté, le plus aimé parmi les maîtres de l'obstétrique moderne.

Messieurs, vive, vive toujours, le professeur Pajot !

Discours de M. Peyron, Directeur de l'Assistance publique.

Messieurs,

On a bien voulu demander à l'Assistance publique de se faire représenter à cette cérémonie. J'ai tenu à répondre personnellement à cette invitation et j'ai gardé pour moi l'honneur de venir, une dernière fois, remercier M. le professeur Pajot de l'éclat qu'a jeté sur cette Maison son enseignement, cet enseignement qui a si profondément remué les générations médicales, merveilleusement servi qu'il était par cette parole si chaude, si éloquente dont on vous faisait tout à l'heure un portrait si vivant ; cette parole que ceux qui l'ont entendue (et j'en suis) n'ont jamais oubliée et qui, au

terme de la carrière, se retrouve aussi fraîche, aussi colorée qu'aux jours lointains de la jeunesse.

Et il m'a paru que j'avais encore un devoir plus haut à remplir et que dans ce cortège de regrets, de souvenirs reconnaissants qui entourent votre maître et qui s'inclinent devant lui, une place fût restée vide si le directeur de l'Assistance publique, représentant des pauvres, n'était pas venu témoigner, au nom de tant de misères soulagées, au nom de tant de souffrances réconfortées, que M. le professeur Pajot n'a pas eu seulement la patience, vertu des accoucheurs, mais qu'au-dessus de tous ses mérites et pour les couronner tous il a toujours eu la bonté, cette vertu des forts.

DES PLACENTAS MULTIPLES DANS LES GROSSESSES SIMPLES

Par le Docteur **A. Ribemont-Dessaignes**
Agrégé de la Faculté de Médecine. — Accoucheur de l'Hopital Beaujon.

Le travail d'atrophie qui, à une époque voisine du début de la grossesse, envahit les villosités vasculaires du chorion, ne respecte celles-ci que sur un espace limité, et d'ordinaire unique.

Là, leur développement rapide, leur multiplication, amènent la formation d'un disque placentaire, de forme et d'étendue variables, sur lequel ou près duquel aboutissent les vaisseaux allantoïdiens engainés par la gélatine de Warthon et l'amnios.

Les rapports du cordon avec le placenta sont variables et tout le monde sait ce que signifient les termes d'insertion du cordon centrale, marginale, en raquette, vélamenteuse.

Cette disposition mono-discoïdale n'est pas exclusivement propre à l'espèce humaine.

On la retrouve habituellement chez les grands anthropoïdes.

C'est ainsi que Owen (1), Huxley (2), ont décrit le placenta unique du Chimpanzé.

Deniker (3) a trouvé celui d'un Gibbon également constitué par un seul disque.

Par contre, Breschet (4), avait décrit le placenta d'un Gibbon, formé par deux masses inégales et distinctes, le cordon s'insérant sur la masse la plus grosse.

Chez les Pithéciens cette dernière disposition devient la règle, règle qui souffre d'ailleurs quelques exceptions.

Sur dix-sept observations dues à divers auteurs, quatorze en effet se rapportaient à des placentas bi-discoïdaux, appartenant à des Macaques, à des Cercopithèques, à des Semnopithèques. Les trois placentas uniques provenaient de Cynocéphales (Turner, Breschet, Chudzinski) (5).

Les observations de Rudolphi, de Breschet, de Martin St-Ange sur les Cébiens nous montrent le placenta mono-discoïdal chez quatre Cébus et un Ouistiti (Rudolphi) et bi-discoïdal chez un Saïmiri (Breschet) et un Ouistiti (Martin St-Ange).

Les placentas doubles s'observent parfois aussi dans l'espèce humaine.

Paul Dubois, Ebert, Cazeaux, Tarnier, etc., etc., en ont publié des exemples.

On a même cité des placentas composés de 3, 4, 5 disques distincts..

H. Blot a décrit en 1856, et figuré une disposition de ce genre très remarquable : cinq cotylédons parfaitement isolés

---

(1) Anat. of Vertebrat. T. III, p. 74.

(2) Anat. comp. des Vertébrés. Traduct. française, p. 49.

(3) Recherches anat. et embryol. sur les singes anthrop., 1886, p. 24.

(4) Recherches anat. et physiol. sur la gestation des quadrumanes. Mémoires de l'Acad. des sciences, 1845. T. XIX, p. 484.

(5) Bullet. de la Société d'anthropol., 1884, p. 826.

étaient rangés comme autant de satellites autour d'une masse placentaire ovoïde et de volume moyen.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer depuis quelques années plusieurs exemples de placentas poly-discoïdaux.

La plupart d'entre eux ont été recueillis à la Maternité de Paris, et nous avons dû leur communication à la sage-femme en chef de cette maison, Mme Henry, à qui nous offrons ici l'expression de notre reconnaissance.

Quelques autres nous ont été offerts par notre cher ami et excellent collègue M. le Dr Pinard.

Au début nous estimions assez rare cette anomalie, mais aujourd'hui nous la croyons relativement fréquente.

Du 1er septembre 1883, au 16 décembre 1886, en effet, il a été pratiqué à la Maternité 6,701 accouchements, sur lesquels on a trouvé 19 placentas présentant un ou plusieurs lobes accessoires. Cette anomalie n'est donc pas exceptionnelle puisque d'après cette statistique on la rencontrerait 1 fois sur 352 délivrances.

D'après ce qui précède, il ne paraît pas que l'on doive attribuer au placenta une grande valeur morphologique puisqu'il est donné d'observer une si grande variabilité de cet organe dans les limites d'un même genre zoologique.

Il n'en est pas moins vrai que le placenta bi-discoïdal, pour ne parler que de celui-là, semble un exemple intéressant de retour à un type inférieur d'organisation.

Nous ne faisons qu'indiquer en passant ce côté anthropologique de la question, désireux que nous sommes de mettre avant tout, en relief, l'intérêt clinique que présente pour l'accoucheur l'existence de disques placentaires multiples.

Les placentas poly-discoïdaux n'offrent pas toujours un même type.

Les exemples que nous avons eus sous les yeux différaient, tant par le nombre que par le volume et la disposition des disques.

Le point d'implantation du cordon, l'étendue et l'état du

pont membraneux qui réunissait les disques, n'étaient pas moins variables.

Aussi avons-nous cru devoir, pour rendre plus démonstratives les observations, faire suivre la plupart d'entre elles de la reproduction exacte du placenta qui en fournit le sujet.

Toutes les figures sont réduites au 1/3 de la grandeur naturelle. En les examinant, il devient facile de comprendre la formation des divers types de placentas multilobaires, et de l'expliquer par l'atrophie plus ou moins étendue des villosités choriales placentaires.

Les observations I, II, III et IV ont trait à des placentas qui n'offraient qu'un premier degré et comme une simple ébauche de l'anomalie qui nous occupe. Le mode d'insertion du cordon établit seul une différence. Mais le type reste le même.

Chacun de ces placentas est en effet trilobé. Deux disques volumineux sont réunis par une petite masse de tissu placentaire. On conçoit comment la disparition de ce cotylédon intermédiaire donnera naissance à la forme bi-discoïdale du placenta.

Observation I (Personnelle).

Placenta trilobé.

Mme P..., sage-femme agréée des hôpitaux nous apporte, le 10 mai 1884, l'arrière-faix d'une de ses clientes, accouchée le matin.

Le placenta dont la forme lui a paru singulière offre en effet celle d'un sablier.

Il est constitué par deux masses arrondies, de volume presque égal, et réunies par un cotylédon.

Le cordon s'insère presque au centre du disque le plus grand; les vaisseaux ombilicaux se divisent immédiatement, et de nombreux vaisseaux vont se distribuer à ce disque. Une branche volumineuse de la veine accompagnée par deux troncs artériels se dirige vers

le second disque. En passant sur le petit cotylédon intermédiaire ils lui envoient quelques fins rameaux.



Figure de l'Observation I.

Une disposition analogue existait pour le placenta de l'ob servation II, avec cette différence que le cordon s'insérait sur le cotylédon intermédiaire qui d'ailleurs était plus nettement isolé des deux disques entre lesquels il était placé.

OBSERVATION II (Personnelle).

Placenta trilobé.

Madame P..., 24 ans, secondipare demeurant rue de Châteaudun, 56, accouche le 24 octobre 1885.

Délivrance naturelle, facile, 25 minutes après l'accouchement : le placenta est constitué par trois lobes nettement dessinés.

Le cordon s'insère sur le lobe le plus petit et qui sert en quelque sorte de trait d'union aux deux autres.

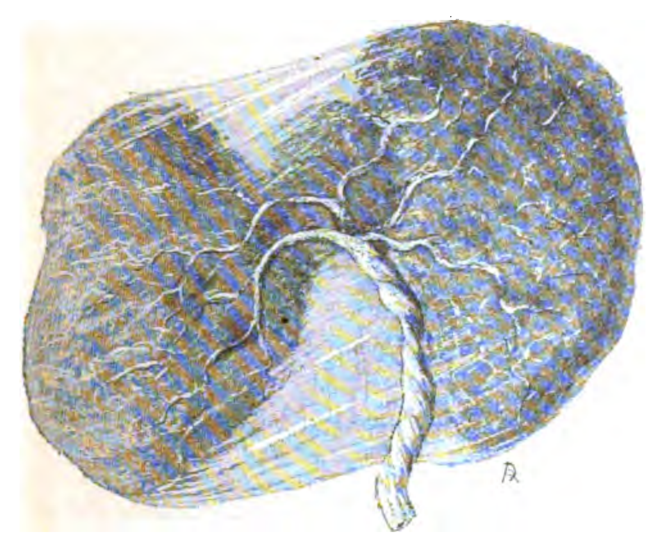


Figure de l'observation II.

Le cordon s'insère, dans les observations III et IV non plus sur du tissu placentaire, mais sur les membranes elles-mêmes. Il semble que la région sur laquelle s'insérait naguère le cordon, ait été peu à peu privée de ses ramifications villeuses. Nous retrouverons fréquemment par la suite cette insertion vélamenteuse inter-discoïdale du cordon.

Observation III

Placenta trilobé. — Insertion vélamenteuse inter-discoïdale du cordon. — Insertion vicieuse du placenta.

La nommée M..., 40 ans, entre le 10 avril 1884 à l'hôpital Tenon, pavillon Baudelocque, nº 13 (service de M. le Dr Ribemont-Dessaignes).

Multipare; 7e grossesse.

Grossesse heureuse sauf des douleurs de reins assez fortes.

Dans les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il s'est produit un écoulement de sang par la vulve, écoulement modéré, mais qui s'est reproduit plusieurs fois dans la même journée, et sans



Figure de l'Observation III.

cause apparente. La veille de son admission, l'hémorrhagie est revenue plus forte. La malade est examinée en ville à plusieurs reprises par une sage-femme qui, effrayée par la répétition de l'écoulement sanguin, conduit la femme à l'hôpital.

Sommet : O. I. D. P. Enfant vivant. La partie fœtale est très élevée; consistance pâteuse du segment inférieur de l'utérus plus accusée du côté droit.

Col court, mollasse, orifice déchiqueté qui permet d'introduire le doigt. Celui-ci arrive facilement sur les cotylédons. Ecoulement séro-sanguinolent fétide. Injections vaginales.

Le 11 et le 12 la femme M... expulse à diverses reprises des caillots peu volumineux.

Le 13, accouchement, qui a lieu sans accident, et donne naissance à un enfant vivant et bien portant.

Délivrance naturelle par tractions, une demi-heure après l'accouchement. L'arrière-faix présente une disposition particulière : le placenta bien que formé d'un ensemble continu de cotylédons, est constitué par deux masses inégales réunies par un petit cotylédon intermédiaire.

Le cordon s'insère sur les membranes très près de ce cotylédon.

La rupture des membranes a eu lieu tout près du bord du placenta.

Observation IV

Accouchement spontané. — Grossesse à terme. — Enfant vivant — Délivrance normale. — Placenta présentant deux masses séparées. — Insertion vélamenteuse inter-discoïdale du cordon.

La nommée M..., Marie, 27 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 25 novembre 1885 à 10 heures du matin. Elle est enceinte pour la troisième fois : ses deux grossesses antérieures ont été normales. Les accouchements ont eu lieu à terme.

M. Pinard l'examine et constate une présentation du sommet O. I. D. P.; le dos est situé profondément en arrière, l'utérus ayant subi le mouvement de rotation de droite à gauche. M. Pinard sent dans la corne droite de l'utérus une masse qui masque en partie le fœtus et paraît être le placenta. Le fœtus est vivant.

Cette femme retourne chez elle, puis revient le 9 décembre à 8 heures 1/2 du matin ; l'enfant est vivant, mais la position est actuellement une O. I. G. A.

Les membranes sont intactes. La dilatation a les dimensions d'une pièce de deux francs. Pas d'albumine dans les urines.

La sage-femme de garde envoie cette parturiente chez une sage-femme agréée; la dilatation est complète à 11 heures du matin ; la poche des eaux se rompt spontanément à 11 heures 1/2 et la femme accouche spontanément d'un enfant du sexe masculin, pesant 4.200 gr et mesurant 0,50 de longueur.

La délivrance a lieu une demi-heure après l'accouchement ; le placenta se présente par sa face fœtale. Les membranes mesurent 3 centimètres sur 24 : au niveau du point où les membranes sont courtes, il existe des caillots sanguins assez abondants.

Lorsqu'on examine le placenta par sa face utérine, on voit qu'il se compose de deux masses distinctes : l'une présente la forme d'un placenta régulier, circulaire, mesurant 17 centimètres sur 17. L'autre constitue une masse moins étendue, à forme presque circulaire et mesure 10 centimètres sur 9. Ces deux portions sont reliées par quelques cotylédons très aplatis, peu épais, et formant une petite masse qui mesure 4 centimètres sur 4.

Le cordon s'insère sur les membranes à un centimètre de la petite masse cotylédonaire intermédiaire.

Les suites de couches sont normales ; la femme sort bien portante le 18 décembre.

La division peut s'accentuer, et les trois lobes s'écarter les uns des autres. Ils sont alors entièrement distincts et reliés seulement les uns aux autres par les membranes et quelques divisions des vaisseaux ombilicaux.

Observation V

Placenta trilobé. — Insertion vélamenteuse inter-discoïdale du cordon.

La nommée Desj..., secondipare, arrivée au terme de sa grossesse perd prématurément les eaux le 3 novembre 1885, à minuit. Quelques instants après, les contractions douloureuses se font sentir et la femme est amenée à la salle d'accouchement de la Maternité.

Dilatation complète le 4 novembre à 9 heures 20 du soir.

La tête très mobile est défléchie; mais il est facile de transformer cette présentation de la face en sommet : O. I. D. P.

L'accouchement se termine à 9 h. 25 par la naissance d'un enfant vivant du poids de 2,850 grammes.

La délivrance est faite dix minutes après, par tractions sur le

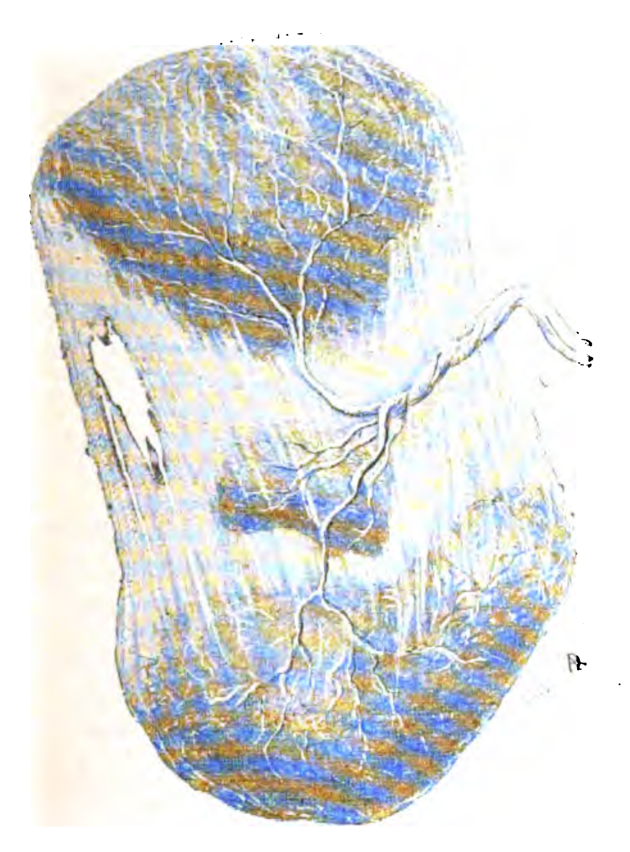


Figure de l'Observation V.

cordon, aidées d'une légère pression sur le fond de l'utérus. Le placenta présente trois lobes inégaux, deux volumineux, et, entre ceux-ci, un beaucoup plus petit, constitué par un seul cotylédon.

Ce dernier n'occupe pas le milieu du pont membraneux qui

existe entre les deux grands lobes. Il est très rapproché d'un des disques principaux, et distant de 3 centimètres de l'autre.

Le cordon s'insère sur les membranes près du lobe moyen. Les vaisseaux ombilicaux ramifiés se portent à la rencontre des trois disques en rampant dans le chorion où il est facile de les suivre pour peu qu'on étale les membranes.

Dans les observations qui suivent, le tissu villeux intermédiaire aux deux disques a entièrement disparu. Ceux-ci, écartés l'un de l'autre, sont simplement réunis par une zone plus ou moins large de membranes.

Le type bi-discoïdal est dès lors parfait.

C'est là une disposition commune.

Elle est bien marquée dans les observations VI, VII, VIII et IX.

Ces placentas sont, en outre, remarquables par ce fait que les deux disques sont sensiblement égaux. Toutefois, le disque le plus éloigné de l'insertion funiculaire est en général le moins volumineux.

L'observation VI offre un bel exemple d'insertion du cordon sur les membranes.

La septième diffère de la précédente par le mode d'insertion du cordon qui s'implante au milieu même de l'un des disques.

Dans l'observation VIII, la rupture de la poche des eaux aurait pu entraîner la déchirure des troncs vasculaires destinés au disque accessoire.

Enfin, dans l'observation IX, l'insertion du cordon se faisait au bord même du placenta.

Observation VI

Placenta bi-discoïdal. — Insertion du cordon sur les membranes.

Cor..., 31 ans, primipare, entre à la Maternité le 2 août 1886. Elle est à terme et en travail. Elle accouche à 11 heures 35 du

soir d'un enfant pesant 4,380 gr. La délivrance se fait simplement, 35 minutes après l'accouchement. L'arrière-faix pèse 650 gr.

Il se compose de deux disques à peu près égaux, séparés par un point membraneux dont la largeur minimum est de 5 centimètres.

Le cordon s'insère sur ces membranes, et de son point d'implan-

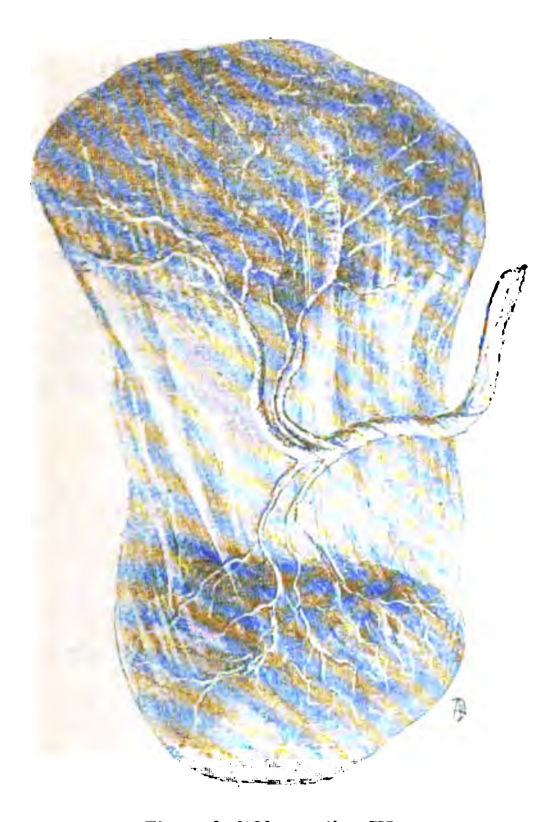


Figure de l'Observation VI.

tation, partent et se dirigent vers les deux placentas, trois ou quatre rameaux vasculaires qu'il est facile de reconnaître et de suivre jusque sur la face fœtale des deux disques où ils se divisent à l'infini.

Observation VII

Placenta double. — Insertion centrale du cordon sur l'un des disques. — Disques sensiblement égaux.

Ch..., femme B..., 31 ans, enceinte pour la 4e fois, accouche à la Maternité le 6 juin 1884, à 6 h. 35 du soir, d'un enfant âgé de 6 mois 1/2, et qui pèse 1,190 grammes.

Il y avait insertion marginale du placenta, ce qui avait donné lieu à trois petites hémorrhagies dans le dernier mois.

Le placenta est formé par deux masses régulièrement ovoïdes et de surface sensiblement égale. Il pèse 360 grammes.

Le cordon s'insère près du centre de l'un des disques et plusieurs rameaux des vaisseaux ombilicaux traversent un espace membraneux large de 3 centimètres pour se rendre et se distribuer au second disque placentaire. On ne les voit bien qu'en étalant les membranes, et en les examinant par transparence.

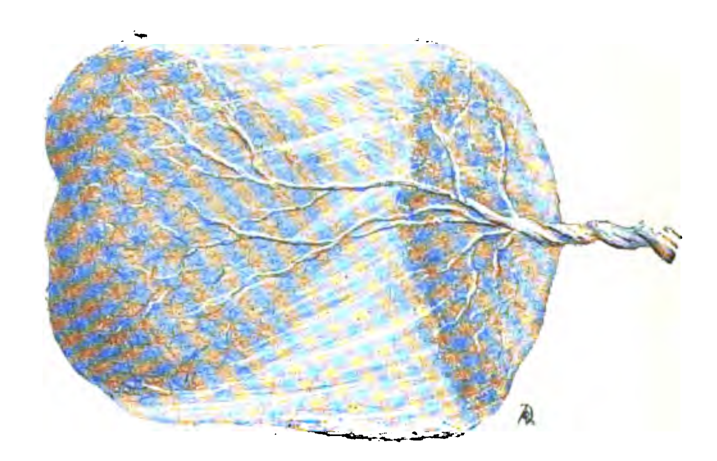


Figure de l'Observation VII.

OBSERVATION VIII

Placenta bi-discoïdal. — Rupture des membranes près de la branche veineuse destinée au placenta secondaire.

La nommée Bl..., femme B..., 34 ans, primipare, accouche spontanément, à terme, à la Maternité, le 19 janvier 1884, d'un garçon vivant qui pèse 2,400 gr. La délivrance se fait par tractions sur le cordon, vingt minutes après l'accouchement. Poids de l'arrière-faix 420 gr.

Le cordon s'insère à peu près au centre d'un disque placentaire parfaitement régulier, et qui cependant ne constitue guère que

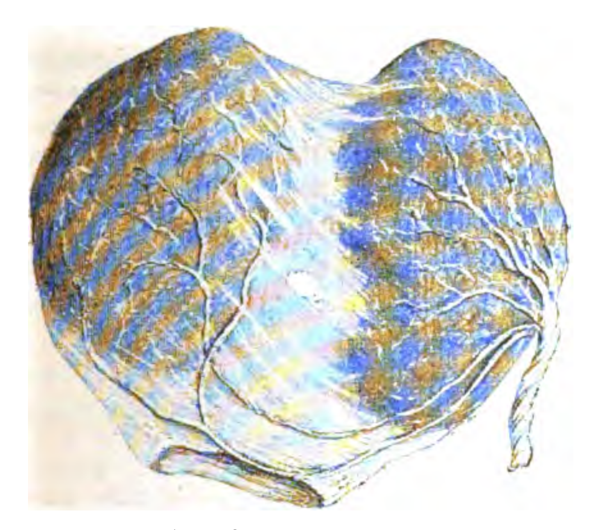


Figure de l'Observation VIII.

la moitié de l'arrière-faix. Il existe, en effet, un second disque presque aussi volumineux que le premier, dont il est séparé par un pont membraneux, assez régulièrement large de 4 à 5 centim. Du point d'implantation du cordon partent de nombreuses ramifications artérielles et veineuses, destinées au premier disque. On voit, en outre, se détacher une branche volumineuse de la veine ombilicale et une artère, destinées au disque secondaire. Ces deux

vaisseaux parcourent les membranes en décrivant un long trajet curviligne. Les enveloppes de l'œuf se sont rompues au bord même de la veine. Celle-ci, arrivée au milieu de son trajet à travers les membranes se divise en deux rameaux qui vont aborder le disque placentaire en deux points assez éloignés,

L'artère qui suit un trajet parallèle ne se ramifie qu'après son arrivée sur le placenta accessoire.

Observation IX

Le 25 novembre 1886, All..., femme Pa..., 34 ans, quatrième grossesse, accouche à la Maternité d'une fille vivante pesant 2,600 grammes. Terme de la grossesse 8 mois. Délivrance naturelle 15 minutes après l'accouchement.

Le placenta pèse 400 grammes, il présente deux lobes à peu près d'égal volume, séparés par un pont membraneux, sur lequel rampent des vaisseaux très volumineux, allant d'une masse cotylédonaire à l'autre.

Le cordon mesure 40 centimètres, il s'insère sur le bord de l'une de ces masses.

Le pont membraneux que nous venons de voir large de plusieurs centimètres était dans le cas suivant réduit à une bande très étroite encore garnie de quelques villosités en voie d'atrophie.

Un des lobes de ce placenta a été pendant plusieurs heures retenu dans l'utérus, par suite d'un enchatonnement des plus remarquables.

Observation X

Recueillie par M. **Lepage**, interne de M. le Dr **Pinard**.

Accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant. O. I. G. A. — Hémorrhagie au moment de la délivrance. — Placenta bilobé. — Enchatonnement d'un des lobes. — Délivrance artificielle. — Insertion vélamenteuse du cordon.

H..., Mario, 26 ans, se présente à l'hôpital Lariboisière le 7 décembre 1886, à 1 heure du matin, ayant des douleurs depuis la veille.

On constate l'existence d'une présentation du sommet en O. I. G. A. Fœtus vivant, membranes intactes; col en voie d'effacement. Pas d'albumine dans les urines. Elle est envoyée le soir à 9 heures chez une sage-femme agréée de l'hôpital. Les douleurs sont régulières. Elle perd les eaux à 1 heure 1/2 du matin, le 8 décembre. La poche des eaux au dire de la sage-femme était en boudin, le liquide amniotique normal. La dilatation est complète à 5 heures du matin; la période d'expulsion est assez rapide, et la femme accouche spontanément à 6 heures du matin d'un enfant du sexe féminin pesant 3,500 grammes. Pendant toute la durée du travail la femme H..., n'a pas perdu de sang; elle a présenté quelques troubles nerveux (hallucinations de la vue, agitation, loquacité).

Vomissements aqueux lors de chaque contraction, depuis 10 heures du soir.

Immédiatement après l'accouchement, la femme éprouve une grande faiblesse, un sentiment de défaillance; les troubles de la vue s'accentuent. En même temps il se produit un écoulement sanguin abondant par la vulve. Grogs, injections très chaudes avec la solution de bi-iodure de mercure.

L'utérus paraît bilobé. A droite, il existe une partie saillante qui remonte presque sous les fausses côtes. La faiblesse augmente ainsi que l'écoulement sanguin.

A 7 heures 1/2 du matin, la sage-femme effrayée par ces divers symptômes fait prévenir l'interne du service. Une demi-heure après je suis près de la malade. Je trouve le vagin rempli de caillots, l'orifice utérin largement ouvert, distendu par des caillots, et le placenta qui s'y engage.

Pâleur de la face, hallucinations, bourdonnements d'oreille, pouls filiforme. L'utérus petit, ne se contracte pas. Il est distendu, et remonte à droite jusqu'au niveau des fausses côtes.

Aucune traction n'a été faite sur le cordon. Une injection très chaude est faite au niveau de l'orifice utérin. Mais, voyant que l'utérus ne se contracte guère, et que l'état de la femme devient de plus en plus inquiétant, j'introduis dans l'utérus la main droite sans difficultés. La main rencontre une portion de placenta complètement décollée et libre dans la cavité utérine; cette partie du placenta est comme suspendue et retenue en haut par le reste de l'organe.

En suivant le placenta avec la main, celle-ci pénètre à droite,

à travers une ouverture assez large dans une cavité où de nombreux cotylédons sont encore adhérents. Je les décolle lentement et avec précaution, mais les membranes tiennent encore dans cette cavité, en haut et à gauche. Ma main et mon avant-bras commencent à être fatigués.

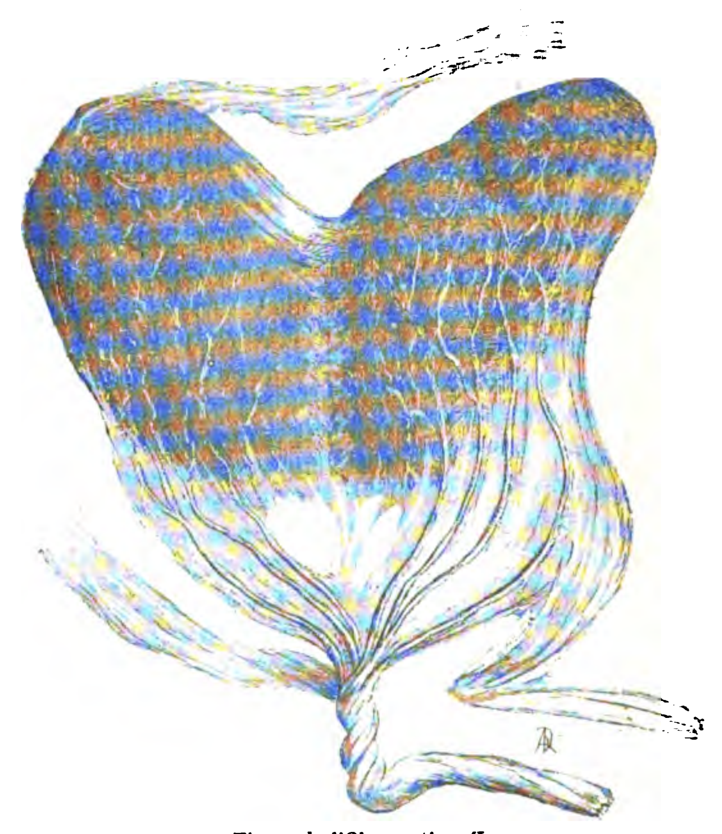


Figure de l'Observation X.

Après m'être assuré qu'il ne reste aucun cotylédon adhérent je retire ma main en entraînant la totalité du placenta et la plus grande partie des membranes.

Injection intra-utérine antiseptique.

A partir de ce moment la femme ne perd plus de sang et son état s'améliore.

Examen du délivre.

Le cordon un peu volumineux, s'insère sur les membranes à dix centimètres du bord du placenta. De là, les vaisseaux ombilicaux se portent en divergeant vers le placenta.Celui-ci en forme de cœur de carte à jouer, est composé par deux masses ovoïdes, réunies en partie par une bande de membranes sur laquelle existe une si faible épaisseur de tissu placentaire qu'à ce niveau il existe de la transparence.

L'un des lobes du placenta plus mince mesure 16 centimètres de long, sur 10 de large. L'autre plus épais n'a que 13 centimètres 1/2 de longueur.

Dégénérescence fibreuse de cette portion du placenta.

Les membranes très déchirées ne sont adhérentes qu'à la moitié de la circonférence du placenta.

Du sang coagulé se voit à ce niveau.

Dans les quatre observations qui précèdent, les disques étaient de volume sensiblement égal. Il n'en est pas toujours ainsi. Le plus souvent, les deux disques sont fort inégaux. Le disque accessoire, dans les observations XI, XII, XIII, XIV, bien qu'important encore, est notablement plus petit que le disque principal. Il est constitué par un ou plusieurs cotylédons, et les vaisseaux qui lui sont destinés sont volumineux, partant faciles à suivre à travers les membranes.

Observation XI

Placenta bilobé.

La nommée Ma..., primipare, âgée de 24 ans arrivée au terme de sa grossesse vient à la Maternité, le 19 février 1884. Présentation du sommet en O. I. D. P.

Les membranes se rompent spontanément à 11 heures du soir et à 1 h. 5 l'accouchement a lieu. Enfant pesant 2,650 grammes.

Délivrance par tractions sur le cordon au bout de 40 minutes.

Poids des annexes, 520 grammes.

En examinant l'arrière-faix, on s'aperçoit que le placenta se compose de deux masses distinctes et inégales.

Le cordon s'insère au bord de la masse principale à laquelle de nombreux vaisseaux se distribuent.

Une veine volumineuse et une artère se rendent au placenta accessoire dont le volume représente environ le quart de celui du placenta principal. Ces deux lobes sont à 6 ou 7 centimètres de distance l'un de l'autre.

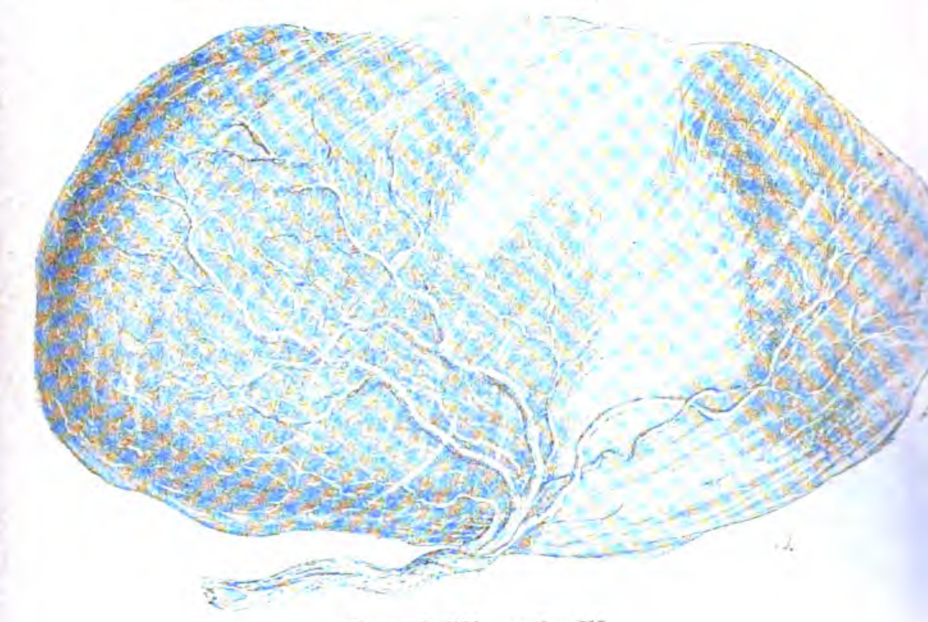


Figure de l'Observation XI.

Observation XII

Communiquée par le Dr Pinard (1).

Placenta présentant un cotylédon détaché de la masse principale.

La femme accouchée spontanément et à terme d'un enfant de sexe masculin fut délivrée environ une demi-heure après l'accouchement.

(1) A. *Ribemont-Dessaignes*. De la délivrance par tractions et par expression. Thèse d'agrég. 1883.

Délivrance normale par tractions.

Placenta. — Le placenta et les membranes sont intactes. On constate seulement la présence d'une masse placentaire ovalaire sur laquelle allait s'insérer le cordon à peu près en son centre Le cordon est normal. Mais à environ 6 centimètres de cette masse placentaire on voit un cotylédon réuni seulement à la masse placentaire principale par les membranes de l'œuf et quelques gros vaisseaux veineux et artériels. Le cotylédon est circulaire et a à peu près 7 cent. de diamètre.

On comprend, si la rupture de la poche des eaux avait eu lieu au niveau du pont membraneux qui unissait en deux masses placentaires, les dangers et les conséquences fatales pour l'enfant, de l'hémorrhagie qui n'aurait pas manqué de se produire.

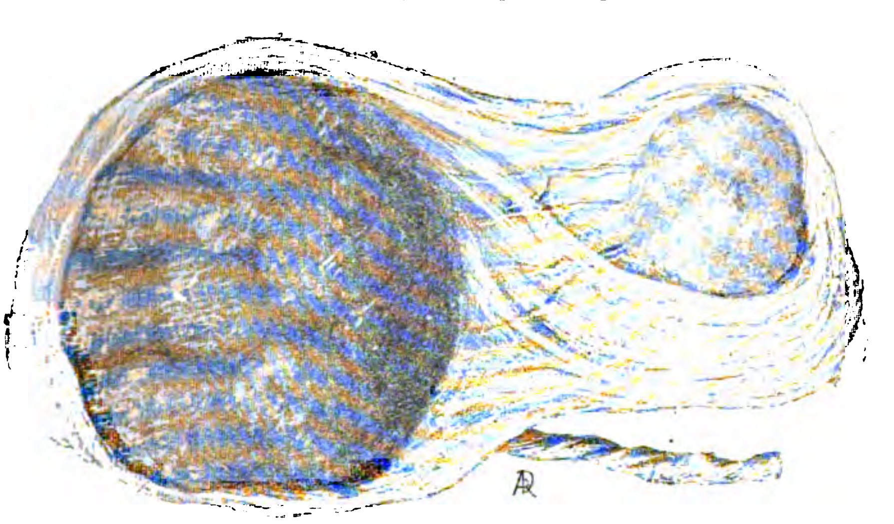


Figure de l'Observation XII.

Observation XIII

Placenta bilobé. — Insertion vélamenteuse inter-discoïdale du cordon.

M..., primipare, âgée de 16 ans, accouche spontanément à la Maternité, le 28 septembre 1883, à 8 heures 30 du soir. Le placenta est assez long à se décoller.

La délivrance naturelle s'opère par tractions à 9 heures 20.

Insertion vélamenteuse du cordon.

Placenta sain, pesant 450 gr., bi-discoïdal. La veine ombilicale se divise de suite en deux branches, dont l'une se porte au disque le plus rapproché du cordon et qui est le plus volumineux; l'autre après un trajet de 15 à 16 centim. atteint le lobe secondaire, une artère ombilicale est affectée à chaque lobe.

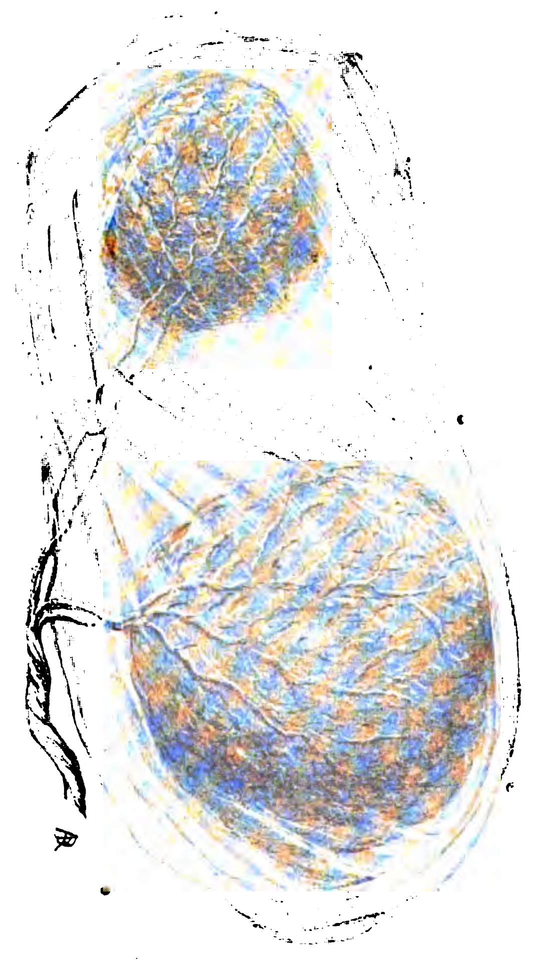


Figure de l'Observation XIII.

Observation XIV

R..., secondipare, âgée de 33 ans, est accouchée spontanément et à terme, le 16 décembre 1886, à 3 heures 80 du matin, d'un garçon vivant pesant à sa naissance 3000 gr.

Délivrance naturelle 15 minutes après la sortie du fœtus.

Le placenta pèse 400 gr., il mesure dans sa circonférence 58 centimètres et présente un cotylédon complètement isolé du reste de la masse placentaire. De nombreux vaisseaux, artères et veines, rampent sur les membranes qui servent de jonction entre la marge du placenta et le cotylédon isolé. Ce pont membraneux mesure 5 centimètres environ. Longueur du cordon 60 centimètres.

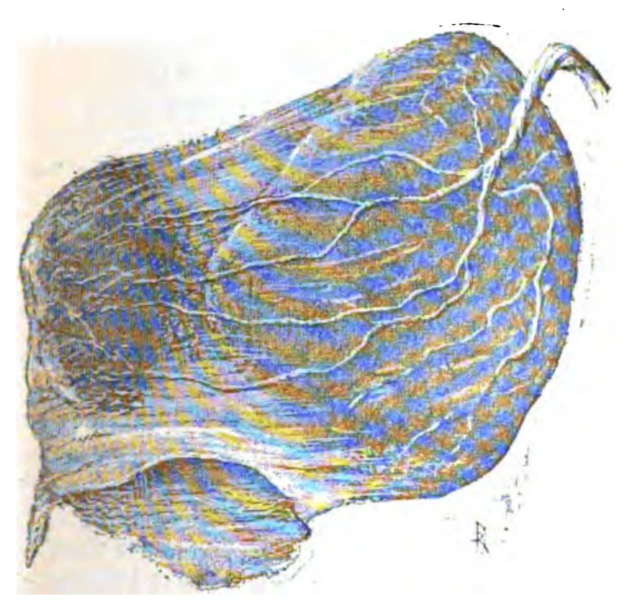


Figure de l'Observation XIV.

Les disques accessoires peuvent être beaucoup plus petits et constitués seulement par un cotylédon (Observations XV, XVI, XVII, XVIII, XIX).

Parfois ce cotylédon n'est guère plus large qu'une pièce de cinquante centimes.

C'est ce qui existait en particulier dans les observations XVIII et XIX.

OBSERVATION XV

Grossesse trigémellaire. — Trois poches distinctes, deux disques placentaires volumineux. — Cotylédon isolé.

Félicie H..., 37 ans, a eu trois grossesses simples.

Les dernières règles datent du 8 au 10 août 1885.

Elle se présente à la Maternité le 20 avril 1886, et l'on fait le diagnostic : grossesse gémellaire arrivée au huitième mois environ.

Cette femme rentre chez elle et ne revient à la Maternité que le 29 mai, à 4 heures du matin.

Elle est en travail. Les membranes se rompent, et à 6 heures 1/2 la dilatation est complète. Le premier enfant présente le sommet en O. I. D. P. On est obligé de faire tourner artificiellement la tête avec le doigt. Accouchement à 10 heures du matin.

Seconde poche d'eaux que l'on rompt. Siège : S. I. D. A.; ce second fœtus est expulsé à 10 heures 15. On reconnaît alors l'existence d'une troisième poche d'eaux avec procidence du cordon et d'une main.

Rétropulsion suivie de succès. Ce troisième fœtus est expulsé à 10 heures 30.

Une demi-heure après, on peut faire la délivrance par tractions.

L'arrière-faix pèse 1220 grammes. Il existe trois poches distinctes séparées par des cloisons formées de deux chorions et de deux amnios. Le placenta forme deux masses principales : Une très grosse reçoit deux cordons. Un autre placenta, séparé du premier par un pont membraneux assez large, donne insertion au troisième cordon. Les trois circulations sont indépendantes. Il existe en outre un cotylédon isolé, situé entre les deux gâteaux placentaires, et relié au plus volumineux par trois vaisseaux assez grêles, mais parfaitement visibles, lorsque l'on prend soin d'étaler les membranes et de les examiner par transparence après les avoir débarrassées du sang qui les souille.

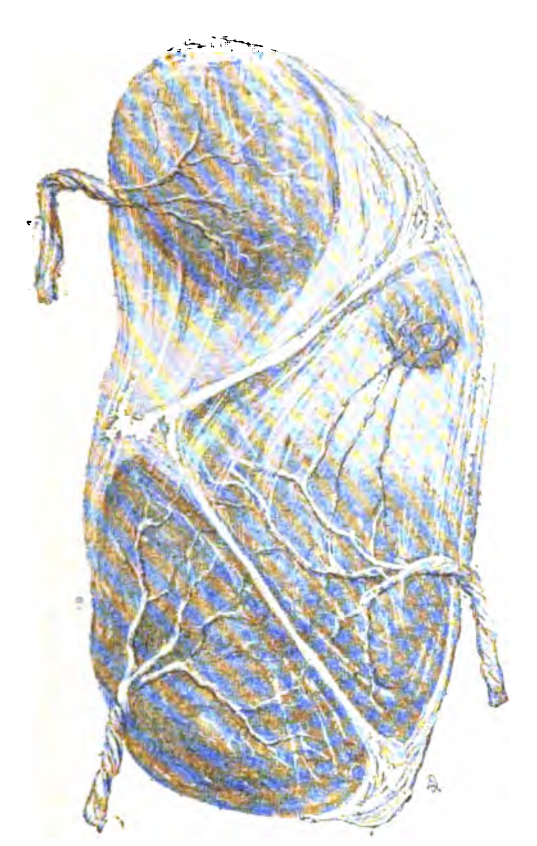


Figure de l'Observation XV.

Observation XVI

La nommée Gra... primipare, entrée à la Maternité, est accouchée spontanément à 8 mois et trois semaines, le 8 décembre 1886, d'un garçon pesant 2,800 grammes.

La délivrance naturelle et facile a lieu par tractions sur le cordon, dix minutes après la sortie du fœtus.

Le placenta a une forme circulaire.

Il pèse 400 grammes.

Un cotylédon isolé est relié par un pont membraneux de 2

centim. 1/2 à la masse principale. Deux fins vaisseaux traversent ce pont et vont se distribuer au cotylédon isolé lequel présente une forme ovoïde.

Il faut, pour les bien suivre, laver les membranes et les examiner, étalées, à contre-jour.

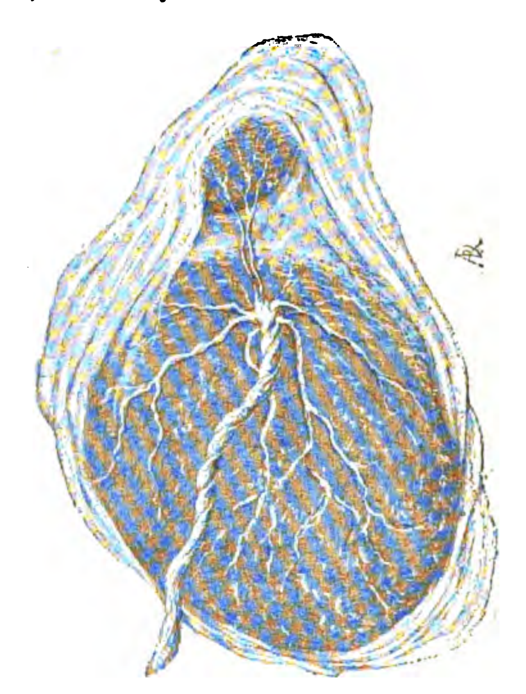


Figure de l'Observation XVI.

Observation XVII

Placenta succenturié, deux cotylédons accessoires.

La nommée G..., primipare, entre à la Maternité le 9 avril 1882; cette femme qui est en travail et dont l'enfant se présente par la face en M. I. G.T., a le bassin vicié. La rupture des membranes a lieu spontanément le même jour, à midi 25, et à 1 heure 30, l'accouchement est terminé à l'aide d'une application de forceps. Garçon pesant 2930 gr.; mort. Délivrance artificielle à 1 heure 40.

Le placenta pèse 550 gr., il est mince, assez large. Le cordon s'insère sur la circonférence du disque. En outre, deux cotylédons isolés se voient l'un à deux centimètres seulement, l'autre à quatre centimètres du bord du placenta. Ils sont reliés à celui-ci par de fines ramifications vasculaires qu'on ne voit bien qu'en étalant les membranes et en les examinant par transparence.

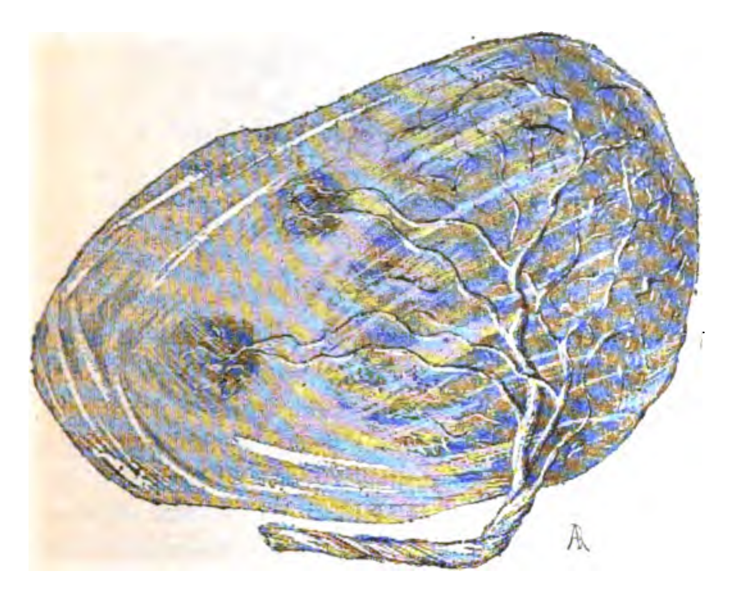


Figure de l'Observation XVII.

Observation XVIII

Placenta bi-discoïdal. — Cotylédon accessoire rudimentaire

M. le Dr Pinard met, en août 1886, à notre disposition l'arrière faix d'une femme accouchée dans son service de l'hôpital Lariboisière. La délivrance a été faite par tractions sur le cordon.

Le placenta forme une masse bien régulièrement arrondie. Après avoir lavé les membranes et les avoir étalées, on aperçoit près du bord du placenta un très petit cotylédon isolé. Il ne mesure pas plus de 13 millim. de diamètre. Trois vaisseaux très fins le réunissent à la masse principale.

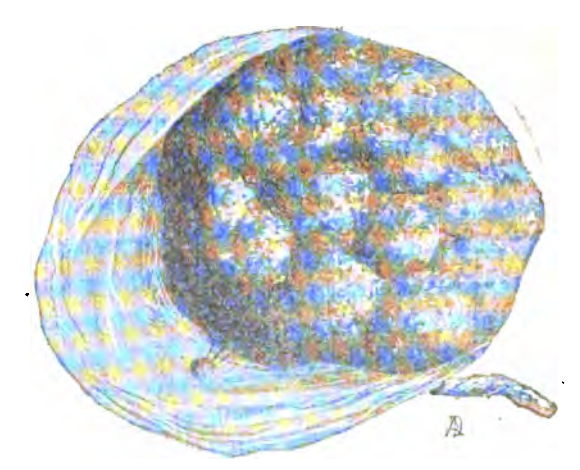


Figure de l'Observation XVIII.

L'intérêt majeur que présentent les placentas poly-discoïdaux réside dans les accidents qui peuvent survenir au moment de la délivrance par suite de la rétention dans l'utérus du cotylédon accessoire.

Avant d'aborder ce point, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur quelques particularités qui nous ont frappé.

Nous devons tout d'abord signaler la fréquence anormale de l'insertion du cordon sur les membranes.

Cette disposition s'est rencontrée 7 fois sur 17 placentas que nous avons eus entre les mains.

Six fois l'insertion vélamenteuse se faisait entre les deux disques (Observations III, IV, V, VI, XI, XIII); une fois seulement elle n'était pas inter-discoïdale (Observation X).

Cette disposition remarquable s'explique naturellement.

En effet l'insertion du cordon, chez un placenta *unique* de grossesse simple, est le plus souvent centrale ou presque centrale. Or nous avons vu la partie moyenne du placenta disparaître peu à peu, pour donner naissance à un placenta bi-discoïdal, de telle sorte que le cordon se trouve finalement reposer sur les enveloppes de l'œuf privées de leurs villosités choriales.

Existe-t-il un rapport entre la formation d'un placenta bi-discoïdal et la situation que cet organe occupe dans la cavité utérine ?

On a plusieurs fois signalé l'existence de placentas bi-lobés prœvias ; et Sirélius (1), Mundé (2), Sænger (3), Verrier (4), etc., en ont rapporté des exemples. Nous-même en avons rencontré deux cas (obs. III et VII). Mais nous n'avons pu saisir l'influence du point de greffe du placenta, sur sa forme extérieure.

Il ne nous a pas été possible davantage de trouver l'origine de l'atrophie partielle des villosités choriales dans l'état antérieur de la muqueuse utérine.

Nous l'avons déjà indiqué, l'importance clinique des placentas multiples consiste dans ce fait qu'un de leurs lobes peut être retenu dans l'utérus, l'autre étant expulsé.

Cherchons comment peut se produire cette rétention d'un lobe placentaire au moment de la délivrance ; pourquoi cet accident est souvent méconnu, et comment enfin il est facile de le diagnostiquer.

Nous avons vu (obs. X) l'enchatonnement d'un des disques du placenta mettre obstacle à la délivrance.

Mais la rétention d'un lobe ou d'un cotylédon accessoires se produit d'ordinaire par un mécanisme différent de l'enchatonnement. Que se passe-t-il, en effet, d'ordinaire au moment de la délivrance?

Quelques instants après l'accouchement, on a pratiqué le toucher vaginal. Le doigt a rencontré au fond du vagin, ou engagée dans le col, une masse volumineuse qu'à ses caractères propres il a été facile de reconnaître pour le placenta.

Le moment semble venu de procéder à la délivrance.

---

(1) Sirélius. Oa placenta prævia des utreekling och behandlung. Akad. afh. Helsingfors, 1861.

(2) Americ. Journal. of Obstetr., 1882, p. 629.

(3) Centralblatt f. Gynæk. 1885, p. 486.

(4) Revue obstétricale et gynécologique, 1886, p. 145.

Quelques frictions sont pratiquées sur le fond de l'utérus, en même temps que l'on exerce des tractions modérées mais soutenues sur le cordon.

Après quelques instants d'attente, la vulve s'entr'ouvre et le placenta apparaît.

On s'apprête à le recevoir....., mais les membranes sont sans doute adhérentes car on éprouve maintenant un peu de résistance.

Que fait-on trop souvent alors ?

On exagère les tractions, ou bien l'on cherche à décoller les membranes que l'on croit anormalement adhérentes en imprimant au placenta un grand nombre de mouvements de rotation, qui, se transmettant aux enveloppes de l'œuf, tordent celles-ci en une sorte de corde.

Tout d'un coup la résistance est vaincue : le placenta sort entraînant les membranes avec lui.

Combien de médecins et de sages-femmes s'empressent alors de faire disparaître l'arrière-faix sans plus y regarder !

Un médecin plus prudent, une sage-femme plus instruite iront, sans doute, à loisir, examiner et placenta et membranes.

Ils constatent que les bords du placenta sont réguliers, que sa face utérine ne présente pas de vide. Aucun cotylédon ne paraît donc faire défaut. Enfin une zone de membranes plus ou moins étendue l'entoure de toutes parts.

Il reste bien dans l'esprit quelques doutes sur l'extraction de la totalité des membranes, car le bord libre de leur orifice est déchiqueté, irrégulier. Mais l'adhérence que l'on croit avoir eue à combattre, les déchirures qui ont pu résulter de l'extraction un peu forcée des enveloppes, semblent expliquer très naturellement l'agrandissement et l'irrégularité de l'ouverture de l'œuf. Au reste, on se rassure en songeant que l'essentiel, le placenta tout entier, a été expulsé, et l'on se retire plein de quiétude. Et quelques heures ou quelques jours plus tard, la patiente est prise d'une hémorrhagie qui ne cesse que, par l'extraction ou l'ex-

pulsion d'un lobe placentaire plus ou moins volumineux, dont on avait méconnu l'existence et la rétention. Bien heureux encore, lorsque ce n'est pas par des accidents graves de septicémie en apparence inexplicables, que se traduit le séjour dans l'utérus d'un placenta accessoire.

Tous les accoucheurs ont assisté à l'expulsion, ou aidé à l'extraction de fragments placentaires, huit, dix jours et plus après l'accouchement, expulsion ou extraction précédées presque toujours d'hémorrhagies graves.

Ces cotylédons restés adhérents à l'utérus ont continué à vivre et ne présentent aucune trace de putréfaction.

M. Tarnier cite dans Cazeaux (1) l'observation de deux femmes chez qui il put, le neuvième jour pour l'une, le dix-septième jour pour l'autre, extraire un cotylédon placentaire dont le tissu était parfaitement frais.

La première pensée, en pareil cas, est que la délivrance a été mal faite, et on ne peut guère s'empêcher d'accuser *in petto*, d'impéritie, la personne qui y a présidé. Nous croyons fermement que dans la plupart de ces faits, il s'agissait de la rétention d'un placenta accessoire.

Il est évident qu'une déchirure du pont membraneux reliant les deux lobes du placenta aurait pu facilement se produire au moment de la délivrance des femmes qui font le sujet des observations V, VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XIII et XIV.

Il eût suffi pour cela que les enveloppes fussent fragiles, le placenta accessoire adhérent, et que la délivrance fût un peu hâtée.

Après une délivrance en apparence parfaite, l'utérus eût encore contenu une masse cotylédonaire volumineuse.

Lorsque le placenta accessoire est réduit à un lobe très petit, comme dans les observations XV, XVI, XVII, XVIII et XIX, sa rétention peut sans doute se produire à l'aide du mécanisme que nous venons d'indiquer. Son adhérence à l'utérus, la fragilité des membranes, d'une part, des trac-

---

(1) Traité théor. et prat. de l'art des accouchements, 8e édition, p. 900.

tions intempestives exercées sur le placenta principal, d'autre part, amèneront, comme nous l'avons admis pour les observations V, VI, VII, VIII, XI, XII, XIII, et XIV, la déchirure du pont membraneux qui reliait les deux masses placentaires.

Mais cette rétention peut se produire d'une autre façon. Il suffit que le cotylédon accessoire soit plus adhérent à l'utérus qu'au chorion, pour qu'au moment de la délivrance il se sépare des membranes, sans que celles-ci présentent de perte de substance.

L'observation suivante que nous devons à l'amitié de notre excellent collègue, M. le Dr Champetier de Ribes montre la possibilité de cet arrachement.

Observation XIX

Mme A. M..., 180, boulevard St-Germain, multipare, a eu ses dernières règles, du 1er au 6 août 1885. Grossesse normale. Le 19 avril 1886 quinze à vingt jours environ avant le terme, elle accouche d'une fille présentant le sommet O. I. G. P. Dégagement en O. I. G. T. Enfant pesant 2,880 grammes.

Rien d'anormal pendant le travail qui dura 6 à 8 heures. La rupture des membranes eut lieu au moment où la dilatation était à peu près complète.

La délivrance se fit sans aucune difficulté une demi-heure environ après l'accouchement.

Comme j'examinais le délivre je constatai que le cordon s'insérait sur le bord même du placenta. L'orifice des membranes était intact, la caduque fort épaisse par places, manque sur une assez grande étendue.

Immédiatement à côté du point d'insertion du cordon, près du bord du placenta, je vois un petit corps arrondi ayant peut-être un centimètre de diamètre et quatre ou cinq millimètres d'épaisseur. Ce corps que je prends tout d'abord pour un caillot, est absolument isolé du placenta et ne tient plus aux membranes que par un petit pédicule constitué par un fin vaisseau. Un examen plus attentif me montre qu'il s'agit là d'un petit cotylédon acces-

soire. Je restai très perplexe, me demandant s'il n'était pas resté dans l'utérus d'autres cotylédons semblables, avec des fragments de la caduque qui certainement fait aussi défaut.

Je fis faire des injections vaginales qui n'entraînèrent que des débris impalpables. Suites de couches normales.

Nul doute qu'avec plus de hâte, moins de prudence dans la délivrance d'une part, plus d'adhérence du tissu placentaire à l'utérus d'autre part, le cotylédon n'eut perdu toute attache aux membranes et ne fut resté dans la cavité utérine.

La délivrance ne saurait donc être conduite avec trop de prudence, menée avec trop de lenteur, alors même que le toucher vaginal a appris que le placenta était décollé, pour peu que l'on sente un peu de résistance de la part des membranes.

Après l'expulsion hors du vagin d'une masse placentaire si les membranes sont tendues, si elles ne suivent pas d'elles-mêmes, pour ainsi dire, le reste du délivre, on doit songer de suite à l'existence possible d'un lobe accessoire encore adhérent à l'utérus. Il est en général facile de s'en assurer sur l'heure.

La rétention des membranes est, en effet, due d'après notre bien cher maître M. le professeur Tarnier (1) à trois causes :

1° A leur adhérence anormale à l'utérus ;

2° A l'entortillement des membranes autour d'un caillot trop volumineux pour traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté ;

3° A l'existence d'un placenta accessoire.

Or il existe toujours, les figures jointes à ce travail le montrent avec netteté, lorsqu'il s'agit d'un placenta accessoire, des vaisseaux plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux, qui parcourent le pont membraneux étendu entre le placenta accessoire et le placenta principal.

---

(1) Bull. de l'Acad. de méd., 1882, p. 127.

Rien de semblable n'existe lorsqu'il s'agit d'adhérences anormales, ou de caillots entortillés dans les membranes. « Aussi, disait notre maître, avec de l'attention, de bons yeux et en prenant la précaution d'étaler les membranes tendues qui du placenta extrait, se perdent à travers la vulve, on peut diagnostiquer l'existence d'un placenta accessoire, si ces membranes sont parcourues par quelques vaisseaux venant se rendre dans les artères et les veines ombilicales qui rampent à la surface du placenta extrait ».

Faute de ce faire, on risque de laisser sans le savoir, dans l'utérus, le placenta secondaire et une partie des membranes, car il suffira d'une traction exagérée pour déchirer ces dernières en un point inaccessible à la vue.

En pareil cas, on ne saurait agir avec trop de douceur et, devant une rétention persistante des membranes dans lesquelles on a constaté la présence de vaisseaux, on devra, suivre le conseil donné par M. Tarnier et qui consiste à lier solidement les membranes avec un fil afin d'avoir toujours prise sur elles, et à débarrasser l'accouchée de la masse placentaire extraite, en coupant les enveveloppes de l'œuf entre le placenta et la ligature.

A l'appui de cette manière de faire, notre excellent maître, M. le professeur Tarnier, citait à l'Académie (1) le fait suivant :

Observation XX

Le 19 février une femme accouchait à la Maternité d'un enfant vivant qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal.

Un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve. Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent le placenta au dehors. Quand la sage-femme

---

(1) *Loc. cit.*, p. 127 et suiv.

qui procédait à la délivrance voulut éloigner le placenta de la vulve, elle s'aperçut qu'une portion des membranes résistait aux tractions douces faites sur elles.

Dans ce cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force, mais d'appliquer sur les membranes adhérentes un fil comme on le ferait sur le cordon ombilical.

Ce fil dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes. L'aide sage-femme de la Maternité se conforma à ce précepte. Mais bientôt une hémorrhagie survint, et au milieu d'un flot de sang, un placenta secondaire fut expulsé.

Le poids du placenta principal est de 410 gr., et celui du placenta accessoire de 140.

Entre les deux placentas existe un pont membraneux. Ce pont membraneux aurait pu se rompre et le placenta principal étant expulsé, le médecin le plus instruit eut pu croire que la délivrance était complète alors que l'utérus aurait retenu le second placenta.

Mais la résistance des membranes à l'extraction peut faire défaut ; soit, parce que les membranes très fragiles se déchirent sous le moindre effort, soit, parce que le cotylédon isolé adhérent à l'utérus se détache aisément des membranes.

Est-il impossible ou très difficile de faire alors un diagnostic rétrospectif ?

Il y a quelques mois le chirurgien-major Hensman présentait à ses collègues de la Société de Gynécologie anglaise (1) une masse de tissu qu'un de ses amis avait extraite de l'utérus, 11 jours après l'accouchement d'une dame chez laquelle la délivrance avait été très simple et avait paru complète. Des hémorrhagies répétées avaient nécessité cette intervention. La malade succomba.

Le Dr Edis émit l'opinion qu'il s'agissait d'un placenta succenturié dont le cotylédon isolé avait été retenu dans l'utérus.

(1) The Brit. Gynaec. Journ. Vol. II, n° 5, p. 31.

De la discussion qui suivit la présentation de cette pièce et à laquelle prirent part Lawson Tait, Edis, Fancourt Barnes, Grigg, Chalmers, Routh, Bantock, il ressort ce conseil qu'il faut examiner avec attention la cavité utérine après la délivrance afin de n'y laisser aucune portion des annexes.

Nous ne croyons pas que l'exploration de la cavité utérine soit pour cela *indispensable*. Mais un examen *très attentif* du délivre est *absolument nécessaire*.

Il ne suffit pas, en effet, de constater que les bords du gâteau placentaire sont bien réguliers, que sa face utérine ne présente aucun vide, et que les membranes l'entourent de toute part.

Il importe, nous l'avons déjà indiqué, d'examiner sur toute leur étendue les enveloppes de l'œuf préalablement *étalées* et de s'assurer *qu'aucun vaisseau ne les parcourt*.

Il est bon de ne pas se borner là et de rechercher l'existence de ces mêmes vaisseaux en examinant les membranes *étalées*, à contre-jour, c'est-à-dire *par transparence*.

Les vaisseaux volumineux apparaîtront sans doute suffisamment lorsque les membranes seront étalées, bien qu'ils soient à ce moment vides de sang et que leurs parois aplaties ne fassent pas grand relief.

Mais qu'il s'agisse de vaisseaux fins, presque capillaires et l'on risquera fort de ne pas les apercevoir si l'on ne prend soin de *laver* au préalable les membranes pour les débarrasser du sang qui y adhère et de les *examiner ensuite par transparence*.

C'est en procédant de la sorte, que l'on pouvait bien voir, sur les arrière-faix des observations XV, XVI, XVII et XVIII les fins vaisseaux qui de la masse principale se rendaient aux cotylédons accessoires.

Si donc après la délivrance, on reconnaît que quelques vaisseaux partis du placenta, rampent dans les membranes sans aboutir à du tissu placentaire, on doit sans hésiter admettre qu'un colytédon est resté adhérent à l'utérus.

Le calibre des vaisseaux renseigne d'ailleurs approximativement sur le volume du placenta accessoire avec lequel il est en rapport.

L'existence de plusieurs groupes de vaisseaux sillonnant les membranes dans des directions différentes fera penser à l'existence de plusieurs cotylédons accessoires (obs. XVII).

Ce diagnostic établi, il faut, sans retard, introduire la main dans l'utérus, rechercher le cotylédon accessoire, le décoller et l'extraire.

On mettra ainsi l'accouchée à l'abri des hémorrhagies secondaires et de la septicémie.

Dut-on même échouer dans la recherche d'un très petit cotylédon analogue à celui qui existait dans les observations XVIII et XIX, que la certitude de l'avoir laissé dans la cavité utérine ne serait pas indifférente, puisqu'elle conduirait l'accoucheur à instituer une thérapeutique antiseptique appropriée : injections intra-utérines répétées avec la solution de bi-chlorure, de bi-iodure de mercure, avec les solutions d'acide phénique, d'acide borique, etc., etc.

Sans doute il eut été préférable d'obtenir en une seule fois tout l'arrière-faix. Ajoutons que cela eut été le plus souvent possible, nos observations le démontrent suffisamment. Ce résultat heureux est dû, nous l'affirmons, à la méthode de délivrance employée ; et nous ne saurions partager l'opinion de Schrœder (1) qui voulant innocenter la méthode de délivrance *par expression*, dit à propos de faits de rétention de fragments de placenta observés par Hecker (2), Martin (3), et par lui-même : « Ces morceaux n'étaient autres que de petits placentas isolés (placentæ succenturiatæ), morceaux qui, par parenthèse, auraient pu être retenus de même si l'on avait abandonné à la nature le décollement et l'expulsion du délivre ».

---

(1) Trad. franc., p. 194.
(2) Klinik. d. Geburts. T. II, p. 175.
(3) Monatsch. f. Geburts. Bd XXIX, p. 257.

La délivrance par expression expose assez souvent, ainsi que nous l'avons montré ailleurs (1), à la déchirure des membranes, pour que nous ayons le droit de l'accuser d'avoir favorisé la rétention de ces cotylédons isolés.

La méthode Française de délivrance, la vieille méthode de Mauriceau qui associe les frictions ou les pressions légères sur le fond de l'utérus, aux tractions soutenues sur le cordon, donne les meilleurs résultats *quand elle est pratiquée à son heure*. La plupart des accidents de la délivrance sont imputables à *la hâte* avec laquelle on opère. On met les accouchées à l'abri de bien des dangers en sachant attendre pour commencer les tractions que le placenta décollé s'engage dans le vagin.

C'est cette méthode qui est employée à la Maternité, celle à laquelle nos collègues Pinard et Champetier de Ribes ont recours, celle à laquelle nous donnons la préférence. Les observations qui ont déjà trouvé place dans ce travail, et celles par lesquelles nous les terminons témoignent suffisamment de sa supériorité.

Observation XXI (Maternité).

Mo.., secondipare, âgée de 22 ans, est accouchée spontanément à 8 mois et une semaine, le 10 avril à 1885, à 10 heures 45 du matin. Garçon vivant, pesant 2,250 gr.

Délivrance naturelle quinze minutes après la sortie du fœtus. L'arrière-faix est complet.

Le placenta est bilobé. Il pèse 450 gr. Longueur du cordon, 48 centim. Suites de couches normales.

Observation XXII (Maternité).

Florence, femme Herv..., 31 ans, cinquième grossesse, est accouchée spontanément au terme de 9 mois, d'un garçon vivant, le 10 juin 1885. Cet enfant pesait à sa naissance 2,860 gr.

(1) Thèse d'agrég. citée, p. 99.

Délivrance naturelle le même jour, cinq minutes après l'accouchement.

Le placenta de forme bilobée pesait 540 gr. Longueur du cordon 60 centim.

Rien de particulier n'a été signalé pour l'accouchement et la délivrance.

Observation XXIII (Maternité).

Hud... 31 ans, quatrième grossesse, est accouchée à terme, le 21 août 1885, d'un garçon vivant, pesant à sa naissance 3,850 grs.

Délivrance naturelle dix minutes après l'accouchement.

Le placenta bilobé pesait 650 gr.

Longueur du cordon, 68 centim. On n'a rien signalé de particulier pour l'accouchement et la délivrance.

Observation XXIV

La nommée Noël, femme Les..., âgée de 38 ans, ménagère, entre à Lariboisière le 24 novembre 1886, salle Ste-Anne, lit nº 17, service de M. le Dr Pinard.

Mère bien portante, âgée de 58 ans ; père inconnu.

Trois filles jouissant d'une bonne santé.

Née dans la Moselle, ne sait pas à quel âge elle a marché, a toujours bien marché.

Fièvre typhoïde à sept ans.

Réglée à quinze ans ; menstruation régulière ayant lieu tous les mois pendant huit jours environ, abondante, douloureuse.

Beaucoup de pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Six grossesses antérieures qui se terminèrent à terme par accouchement spontané, tous en présentation du sommet.

Elle éleva au sein tous ses enfants. Ses cinq premiers enfants furent des garçons. Le premier mourut à cinq mois ; le deuxième à trois ans d'une méningite ; le troisième atteint de coxalgie du côté droit mourut à neuf ans. Les trois autres sont vivants et se portent bien.

7e grossesse en 1886. Ses dernières règles eurent lieu le 20 mars.

Pas d'accidents pendant cette grossesse. Pas d'hémorrhagies, pas d'œdème des jambes.

Le 24 décembre 1885, elle est prise des premières douleurs vers six heures du soir, elle vient à l'hôpital Lariboisière vers neuf heures. A son arrivée, la dilatation est complète. Par le palper on sent une tête profondément engagée. Le dos est à gauche et en avant. Les battements du cœur sont normaux. Présentation du sommet en O. I. G. A.

La sage-femme de garde rompt la poche des eaux, et la femme accouche spontanément à 9 heures 1/2 d'un enfant vivant du sexe féminin pesant 3,300 gr.

Les principaux diamètres de la tête fœtale sont :

Occipito-mentonnier.	12 1/2
Occipito-frontal	11
Bi-pariétal.	9
Bi-temporal.	8
Sous-occipito bregmatique	10

Délivrance naturelle un quart d'heure après l'accouchement. Les membranes entières mesurent [illegible] sur [illegible]. Le placenta présente une forme régulière. Ses deux grands diamètres ont 19 et 17 cent. A l'une des extrémités de son diamètre maximum, en dehors de la circonférence régulière du placenta, existe deux cotylédons isolés ayant chacun la dimension d'une pièce de deux francs, auxquels se rendent nettement des vaisseaux. Ces deux cotylédons sont très aplatis.

Suites de couches normales.

Observation XXV (Résumée).

Rétrécissement du bassin. — Accouchement provoqué avec le ballon excitateur de Tarnier. — Durée du travail : 24 heures. — Application de forceps. — Délivrance naturelle. — Placenta avec cotylédons isolés.

La nommée M... Louise, âgée de 21 ans, lingère, entre dans le service du Dr Pinard le 21 décembre 1886, salle Ste-Anne, lit n° 4.

Cette femme entre à l'hôpital le 21 décembre 1886, à 4 heures du soir; elle est presque à terme, non en travail, n'ayant aucune contraction utérine douloureuse.

Père mort d'une affection pulmonaire aiguë en 1872 (8 jours de maladie).

Mère morte d'une péritonite chronique (1 an au lit).

Un frère vivant et bien portant.

3 sœurs vivantes et bien portantes.

Née à Ivry où elle a été élevée. N'a marché qu'à 32 mois : a été nourrie au sein jusqu'à 7 mois. N'a marché que peu à peu; dans l'enfance était toujours faible; elle éprouvait une grande fatigue dans les membres inférieurs dès qu'elle marchait pendant quelque temps. Epistaxis fréquentes jusqu'à la menstruation.

Réglée à 13 ans 1/2. Menstruation régulière, peu abondante, non douloureuse, durant 2 jours.

Cette femme est enceinte pour la première fois : les dernières règles ont fini le 19 mars 1886. N'a perdu ni sang ni eau pendant la grossesse qui cependant n'a pas été bonne. Vomissements fréquents jusqu'au mois d'octobre. Aucun signe d'albuminurie.

Elle a senti remuer l'enfant le 24 juillet.

L'examen des membres, du thorax, montre des signes nets de rachitisme; les tibias présentent une courbure très marquée à concavité postéro-interne. Cette femme est d'ailleurs de petite taille. Par le palper on constate une présentation du sommet en O. I. D. T. ; la tête volumineuse n'est pas engagée, et M. Pinard fait remarquer qu'en l'appliquant contre l'angle sacro-vertébral, elle déborde notablement la symphyse. Par le toucher on constate que le col est élevé; on atteint l'angle sacro-vertébral qui est également élevé. M. Pinard mesure 10 cent. 2 de diamètre promonto-sous-pubien, mais fait remarquer qu'il faut faire une déduction d'au moins deux centimètres : il décide de faire l'accouchement prématuré. Injections vaginales antiseptiques le 22 décembre.

Le 23, à dix heures du matin, le ballon Tarnier est introduit, sans autre difficulté qu'un peu de résistance du col. Il ne s'écoule pas une goutte de sang. Le travail se déclare franchement, si bien que la dilatation est complète le 24 décembre à 9 heures 1/2 du matin. La tête fœtale n'est que peu engagée; on rompt la poche des eaux à 10 heures et à midi, les douleurs s'espaçant, on est obligé de faire une application de forceps.

L'enfant du sexe masculin pèse 3,300 gr. Les principaux diamètres de la tête sont : O F. 12 c. 1/2; O. M. 13 c. 1/2; Bi-P. 8 c. 8; Bi-T. 7 c. 7; S o. O. B. 10 c.

La délivrance a lieu spontanément à midi 1/2 ; le placenta présente la face fœtale. Le cordon est normal. Les membranes mesurent 2 centim. sur 24.

Le placenta présente sur sa face fœtale deux ou trois points blanchâtres paraissant être formés de fibrine coagulée. Il a une forme irrégulière : dans la partie correspondante au point où les membranes sont longues, il existe sur une hauteur de 5 centimètres en dehors de la circonférence régulière du placenta, des cotylédons aplatis, peu épais, auxquels se rendent nettement des vaisseaux, comme on peut s'en rendre compte en examinant le placenta par la face fœtale. Ces cotylédons isolés rompent la régularité de l'ellipse placentaire; ils forment cinq masses presque confondues ensemble, mais qui paraissent bien distinctes en examinant les membranes par transparence.

Leur face utérine présente quelques indurations blanchâtres, lardacées.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *décembre* 1886.

Suite de la discussion sur la **version par manœuvres appliquée aux présentations pelviennes.**

MM. Guéniot et Porak lisent une communication dans laquelle ils indiquent les résultats qu'ils ont observés dans leur pratique, en ville ou à l'hôpital, dans les accouchements par l'extrémité pelvienne, au point de vue de la mortalité fœtale.

Le président met ensuite aux voix la proposition suivante formulée par M. Pajot.

« La version par manœuvres externes, *dans la présentation de* « *l'extrémité pelvienne*, peut être tentée. Elle serait utile, ***surtout*** « *chez les primipares*, mais c'est alors qu'elle est plus difficultueuse « et peut avoir des dangers : il faut s'arrêter devant la violence.

« Chez les multipares, elle est plus facile, mais moins nécessaire. »

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. Pajot insiste à nouveau sur l'importance qu'il y a, dans la question de la **rétention de l'arrière-faix**, à établir une distinction entre le placenta décollé et le placenta non décollé. Cette distinction est absolument justifiée. Le placenta décollé, c'est le fait commun. Dans ce cas, le danger est presque tout dans la septicémie. L'hémorrhagie, du moins celle qui peut tuer par son abondance, ne survient presque jamais. Le placenta adhérent, qui continue à vivre, c'est le fait exceptionnel, si exceptionnel que dans l'espace de 45 années, il ne l'a observé que 3 fois ! Et dans ce cas, ce n'est pas la septicémie, mais bien la perte de sang qui met la vie en péril.

M. Doléris fait remarquer que lorsqu'il a déclaré inutile cette distinction de l'adhérence et de la non adhérence du placenta, il s'agissait de fixer un point de pratique. Le placenta étant retenu dans la matrice, faut-il intervenir et quand faut-il intervenir. C'est à ce propos qu'il a déclaré, et cela il le maintient encore, que toute distinction lui paraissait inutile et, qu'à son avis, il faut toujours, avec les précautions qu'il a dites, procéder immédiatement à l'extraction, dès que la rétention est un fait accompli.

MM. Porak, Charpentier, Guéniot, ajoutent quelques remarques et citent des observations analogues à celles relatées par M. Pajot, de rétention du placenta, avec adhérence complète, ayant donné lieu à des hémorrhagies considérables, mortelle dans un cas (Porak).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 15 *et* 22 *décembre.*

M. L. Championnière relate, au nom de M. Bruch (Alger) une observation de **grossesse extra-utérine**. — Femme âgée de 27 ans, secondipare. La 2e grossesse *(extra utérine)* arrive au terme normal sans incident notable. A ce moment, *commencement de faux travail.* 8 mois après, à l'occasion d'accidents pulmonaires très inquiétants, consultation fut prise où l'on décida une intervention chirurgicale.

Incision de 4 centim. à 6 centim. de la ligne inguinale et parallèlement à cette ligne. Ouverture du kyste fœtal. A travers l'inci-

sion, trop petite pour qu'on pût l'extraire en entier, on pratique le morcellement du fœtus qu'on amène par fragments (tête, côtes, tronc...).

Résultat : *Suites opératoires simples*, guérison complète, sauf persistance, encore huit mois après, d'une fistule.

M. L. Championnière, relate succinctement deux cas de sa pratique personnelle, dans lesquels il fit, *avec succès*, également pour des grossesses extra-utérines, la laparotomie et conseille les grandes incisions. Il formule ensuite les conclusions suivantes : en présence d'une grossesse extra-utérine, on peut choisir entre deux modes de conduite : 1° laisser la nature agir et espérer qu'elle fera les frais de la guérison après formation d'un abcès ; 2° opérer le plus tôt possible, ce qui constitue la conduite la meilleure, lorsque le diagnostic est bien établi.

M. Terrillon, donne les résultats obtenus dans une nouvelle série de **35 ovariotomies**. — Ces cas se répartissent de la façon suivante :

29 Kystes multiloculaires.
4 — paraovariques.
1 Sarcome de l'ovaire.
1 Kyste dermoïde.

Avec 4 opérations incomplètes et 6 morts (3 par schok et épuisement, 3 par péritonite).

Depuis le commencement de l'année 1886, les résultats opératoires se sont montrés beaucoup plus favorables. En raison probablement, d'une antiseptie plus rigoureuse, de la suppression du spray, et du lavage à grande eau de la cavité péritonéale avec de l'eau filtrée et bouillie.

Bouilly. — **Grossesse extra-utérine.** — C'est le cas d'une femme qui après six mois environ du début d'une grossesse, fut prise de douleurs idêntiques à celles du travail, qui se compliquèrent d'un état péritonéal grave (sensibilité du ventre, météorisme, vomissements). On avait supposé l'existence d'une grossesse extra-utérine. En raison des accidents graves qui menaçaient la vie de la femme, on fit la laparotomie le 8 juillet. Le péritoine incisé, on tomba sur un fœtus, macéré, du poids de 1,700 grammes, qui était inclus dans une poche formée par des fausses membranes et par des adhérences péritonéales. Le fœtus fut extrait, mais le placenta fut laissé en place à cause des hémorrhagies sérieuses auxquelles

donnaient lieu les tentatives de décollements. On fit des lavages antiseptiques de la poche, et on laissa à demeure un double drain dont les extrémités ainsi que le cordon ombilical aboutissaient dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Suites opératoires excellentes. Le placenta s'élimine peu à peu. La 30 août la femme quittait l'hôpital, n'ayant plus qu'un petit trajet fistuleux dans l'angle inférieur de la plaie de l'abdomen.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 1er *décembre* 1886.

DAKIN. — **De l'hydrargyrisme dans les suites de couches.** — Dakin, fait une communication très détaillée sur les dangers qui peuvent suivre l'emploi des solutions de sublimé. Il rappelle les cas malheureux qui ont été relatés jusqu'à ce jour, expose la symptomatologie de l'hydrargyrisme, indique les précautions qu'il faut prendre quand on se sert des solutions mercurielles, énumère les contre-indications à l'usage de cet agent antiseptique, cite les opinions des médecins du continent et ajoute deux observations nouvelles d'hydrargyrisme, intoxication légère dans un cas, *mortelle* dans l'autre.

BOXALL. — Le cas de mort rapporté par Dakin, doit être attribué, non à la nature de l'agent antiseptique mais au passage brusque dans le courant sanguin, d'un corps étranger. Il a vu la mort survenir, de la même manière, à la suite d'une injection phéniquée. Il a eu l'occasion de comparer les résultats obtenus par l'usage des solutions d'acide phénique et de permanganate de potasse avec ceux fournis par les solutions de sublimé. Le parallèle est tout en faveur de celles-ci.

J. PHILLIPS. — La question de l'innocuité et de la valeur réelle des injections intra-utérines n'est pas définitivement résolue. En ce qui concerne les injections vaginales, elles sont dépourvues de dangers s'il n'y a pas plaie; dans le cas contraire, elles peuvent être dangereuses. Il se sert pour la désinfection des mains, avant de procéder à un examen, d'une solution à 1 p. 2,000.

M. DUNCAN. — La communication qui vient d'être faite démontre les dangers associés à l'emploi des solutions hydrargyriques.

Le traitement opposé aux accidents ne suffit pas toujours. Il peut être trop tard déjà, quand on se met à les combattre. Dans ces conditions, l'emploi du sublimé doit être restreint à quelques indications spéciales; pour la pratique courante, il est préférable de recourir aux solutions phéniquées.

G. Hewitt. — Il n'est pas juste de mettre sur un même pied la pratique obstétricale de la ville et celle de l'hôpital, pour ce qui a trait à l'usage fréquent des injections antiseptiques. S'il insiste particulièrement sur ce point, c'est qu'il serait très dangereux qu'on pût supposer la société convaincue de la nécessité, pour la sécurité des femmes, de l'emploi d'un agent aussi dangereux que le sublimé. Sans doute, à l'hôpital, l'observation de précautions rigoureuses est absolument justifiée. Mais, en ville, on peut recourir à des substances moins dangereuses et ne pas faire des injections aussi fréquemment répétées.

Prennent part à la discussion : MM. Rogers, Champneys, W. Duncan, Fowler, Potter (British. med. Journ., décembre 1886).

59e CONGRÈS DES MÉDECINS ET DES NATURALISTES ALLEMANDS

Tenu à Berlin du 20 *au* 24 *septembre* 1886.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Présentations. — Kehrer. — **Arrière-faix provenant d'une grossesse gémellaire et pourvu d'un seul amnios et d'un seul chorion.** — Les deux cordons qui s'entrelacent, à plusieurs reprises, présentent de véritables nœuds. Ils s'insèrent sur le placenta à 3 centim. l'un de l'autre. Les deux enfants sont vivants. Ils pèsent de 1,800 à 1,900 gr. Le second était à sa naissance, dans un état d'asphyxie légère. Tous les deux sont venus par le sommet.

Neugebauer. — *a*) **Fœtus amorphe**; *b*) **Bassin spondylolisthésique**; *c*) **Colonne vertébrale présentant une double pseudarthrose latérale de la 3e vertèbre lombaire avec la cinquième.**

Hofmeier. — *a*) **Trompes et ovaires.** 3 cas d'hydro et de pyosalpingite. Un cas de grossesse tubaire. Pour l'un des cas, la trompe se rompit et son contenu suppuré fit irruption dans la cavité abdominale. Sauf dans ce cas où il y eut putréfaction com-

plète du liquide évacué et production de gaz, toutes les malades guérirent complètement; *b)* **Ovaire atteint d'ovarite chronique**; *c)* **4 utérus provenant de femmes éclamptiques** qui avaient succombé dans les 36 premières heures après le début des convulsions. Sur les utérus qui ont été injectés, on voit qu'à part une branche importante, qui correspond au cul-de-sac supérieur, l'artère utérine longe, sans émettre de ramifications, la face latérale de l'utérus jusqu'au delà de l'anneau de Bandl; c'est seulement au-dessus de cet anneau que les premières ramifications artérielles pénètrent la paroi utérine. Une de ces pièces est un utérus, arrivé près du terme de la grossesse, avec un placenta prœvia. La version par manœuvres internes et externes combinées, fut pratiqué sur la femme presque morte. Elle ne fut pas suivie de tentatives d'extraction, parce que la mort de l'enfant était déjà certaine. Sur cette pièce, on voit très nettement le col, l'orifice interne, le segment inférieur de la matrice. Le placenta adhère encore jusqu'à l'orifice interne. En un point seulement, et consécutivement sans doute à la version combinée, il est décollé.

CZEMPIN. — *a)* **Deux pièces provenant de grossesses extra-utérines.** — 1° *Grossesse extra-utérine de 4 mois environ.* A l'exa on avait trouvé un utérus dont le volume correspondait à une grossesse de 4 mois. En arrière de l'utérus, une tumeur, très élastique, un peu plus grosse qu'une tête fœtale, qui paraissait posséder des connexions avec l'utérus et les organes pelviens. Diagnostic : *t. de l'ovaire, compliquant une grossesse utérine.* En raison de l'impossibilité certaine d'un accouchement *à terme* en semblables conditions, on fit la laparotomie. L'extirpation de la tumeur fut rendue très difficile par des adhérences solides et très étendues. Elle se rompit, en donnant issue à un fœtus et à un placenta. 2° *Un lithopœdion*; *b)* **Cystosarcome de l'ovaire droit.**

ORTHMANN. — *a)* **8 pièces provenant de salpingotomies**, pratiquées par Martin. 4 fois, salpingites catarrhales; 4 fois, pyosalpingites. Les recherches de micro-organismes furent négatives. *b)* **Des coupes transversales et longitudinales portant sur les deux extrémités normales des trompes**, qui permettent de voir la disposition normale de la muqueuse tubaire.

VEIT. — *a)* **Myôme utérin**, sous-séreux; *b)* **Papillome de la vessie.**

— La situation de la tumeur fut déterminée après dilatation de l'urèthre. L'extirpation par la voie vaginale fut rejetée en raison de l'étroitesse du vagin, Laparotomie. Taille hypogastrique. Malgré l'épaisseur marquée de la paroi abdominale, l'opération fut aisée, et l'on put atteindre le pédicule de la tumeur sans que le péritoine fût lésé.

WINTER. — *a*) **Utérus d'une femme morte d'éclampsie.** — Section césarienne *post mortem*. La femme était arrivée au terme de la grossesse, mais il n'y avait pas eu encore des contractions. Le col a toute sa longueur. Les membranes adhèrent jusqu'à l'orifice interne. Le placenta forme une sorte de voûte sur la surface d'insertion, uniformément rétrécie par suite de la contraction post mortem; *b*) **Utérus d'une femme morte d'éclampsie au septième mois de la grossesse**; *c*) **Placentas avec foyers hémorrhagiques et points de décollement prématurés, sous la dépendance d'une néphrite.**

STRATZ. — *a*) **Sections pratiquées après congélation, sur une parturiente et sur une accouchée.**— (Ce sont les pièces originales des sections faites après congélation, qu'il a publiées en collaboration avec Schröder.) *b*); **Section faite après congélation, sur une accouchée.**

OLSHAUSEN. — **Des opérations abdominales pour remédier aux anomalies de direction de la matrice.** — Olshausen conseille de suturer et de fixer à la paroi abdominale une des cornes de l'utérus, quand on a fait la laparotomie pour des tumeurs, compliquées de déviations de la matrice, restées rebelles à tous les autres procédés. C'est une méthode simple également justifiée par l'existence seule d'une déviation utérine, qui est le point de départ de douleurs violentes et qui résiste aux moyens ordinaires de réduction.

SCHATZ. — **De la physiologie et du traitement physiologique de la délivrance.** — La marche descendante des contractions utérines, du fond de l'organe vers le segment inférieur, fournit un éclaircissement à la fois, à la théorie de Baudelocque, de Schultze, et à celle de Duncan; *a*) Un placenta qui s'insère sur le fond de la matrice, est toujours expulsé avec les membranes retournées; *b*) Le placenta s'insère-t-il *latéralement*, la contraction qui débute dans le fond de l'utérus décolle en premier lieu le bord supérieur du délivre. Comme la portion contractée de la matrice est considérablement diminuée dans ses dimensions, le bord décollé gagne

en s'enroulant la zone immédiatement inférieure. A son tour cette zone se contracte, décollant de plus en plus le placenta, qui, pour la même raison, est forcé de descendre en continuant à s'enrouler. Les phénomènes se succèdent ainsi jusqu'à complet décollement et expulsion du délivre, dont le *bord supérieur apparaît le premier*. S'il n'en est pas toujours ainsi, c'est que ce bord supérieur doit entraîner les membranes, et que, dans certains cas, celles-ci le retiennent un peu en arrière. Par suite, ce n'est pas le bord supérieur du placenta, mais une portion voisine qui est expulsée en premier lieu; c) Les observations de Duncan se rapportent surtout à des placentas très épais. En raison de leur épaisseur, ils ne peuvent s'enrouler suivant le mécanisme précédent. Ils se décollent de haut en bas, et gagnent des régions utérines de plus en plus basses. En outre, le décollement dans ces cas s'effectue non seulement sous l'influence des contractions mais aussi par l'effet du poids de la portion primitivement décollée.

Les différences qui se produisent dans l'expulsion du délivre prouvent que le *traitement de la délivrance ne saurait être unique*. La méthode de Crédé, malgré ses avantages, présente des dangers, même quand elle est bien appliquée. Le plus commun, est la *possibilité de la rétention de débris de membranes*. Mal appliquée, elle peut donner lieu au séjour et à la rétention dans l'utérus de portions du placenta. Le médecin qui comprend le mécanisme de la délivrance, qui en a saisi les modifications, saura distinguer les cas où il faut intervenir, et ceux où il doit garder l'expectative.

RYDYGIER. — **De la technique du traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales.** — Rydygier a fait 21 opérations de fistules vésico-vaginales. Il a surtout employé la méthode de Simon. Dans deux cas seulement le procédé a échoué. Dans le premier, il sectionna le col latéralement assez haut, ce qui donna une grande mobilité à la portion vaginale. Il sutura alors la lèvre antérieure, préalablement avivée, au niveau de la fistule. Un lien poussé à travers la lèvre postérieure fixé au niveau des cuisses, empêchait le col de tirer sur les points de sutures. Deux opérations complémentaires, amenèrent une occlusion parfaite. Dans le second cas, où le résultat n'avait pas été définitif, Rydygier obtint aussi une *occlusion parfaite* au moyen d'un lambeau taillé sur la paroi vaginale postérieure.

Fraenkel. — **Résultats fournis par le traitement mécanique des formes les plus communes de rétroversion de la matrice.** — Sur 5,180 cas de gynécologie observés de 1882-1885, à la policlinique et dans sa pratique privée, Fraenkel a traité 936 rétrodéviations (18,07 0/0). Elles se répartissent comme il suit : 417 ou 13,8 0/0, malades de la pratique privée ; 519 ou 24,9 0/0, malades de la policlinique. Sur le nombre, il y avait 645 rétroflexions et 291 versions, chiffres en rapport inverse de celui indiqué par Bantock.

Les observations de la policlinique conviennent peu pour décider de l'effet curatif du traitement mécanique. Restent celles tirées de la pratique privée.

Soit 417 cas sur lesquels *a*) 26 en raison de l'absence de tous symptômes morbides, ne réclamaient aucun traitement; *b*) 58 en raison de l'irréductibilité de l'utérus, n'étaient justiciables d'aucun traitement mécanique ; *c*) 39 durent rester sans traitement (adhérences épaisses).

Le traitement mécanique fut utilisé dans 294 cas, soit dans 70,5 0/0 de ceux observés dans la pratique privée.

Toutes les fois qu'elle a pu suffire, Fraenkel n'a employé que la *reposition manuelle.* Dans 23 cas seulement il s'est servi de la sonde. 47 fois la chloroformisation a été nécessaire. Depuis 1882, il a toujours, pour fixer l'utérus redressé, usé du pessaire de Thomas. Ses principaux avantages sont d'assurer la fixation parfaite de l'utérus dans sa situation normale, de pouvoir rester de 6 mois à 1 an en place sans causer de dommage, etc. De plus, le coït et la conception sont possibles. Fraenkel a vu celle-ci se produire chez 40 femmes, au cours du traitement avec le pessaire, 2 ou 3 fois même, chez quelques-unes. On peut encore signaler, comme autres avantages du pessaire, sa flexibilité, la diversité de sa forme, sa propreté.

D'après l'observation de Fraenkel, l'accouchement et les suites de couches ne guérissent *presque jamais* la rétroversion. Au contraire, le pessaire de Thomas permet d'obtenir *incontestablement* dans certains cas, une *guérison définitive.* Sur 294 rétrodéviations combattues par le traitement mécanique, il y a eu 24 guérisons durables ; 23 obtenues avec le pessaire de Thomas, une avec celui de Hodge.

Quand on retire le pessaire de Thomas, Fraenkel conseille d'appliquer un petit pessaire de Wiegen ou de Hodge. Lorsque ce petit

pessaire de Hodge, suffit à fixer l'utérus dans sa position normale, on est en droit d'espérer que, le pessaire retiré, la réduction restera définitive. L'idée théorique que, grâce à l'emploi du pessaire Thomas les ligaments sacro-utérins peuvent recouvrer en partie leur tonicité, est pratiquement démontrée par ce fait, que les instruments de Wiegen et de Hodge, impuissants avant à maintenir la réduction, suffisent souvent après cet emploi, à l'assurer.

Mais, comme en dépit de ses qualités, tout pessaire, le meilleur même, n'est qu'un inconvénient obligé, on s'explique que l'on s'efforce d'obtenir par un traitement chirurgical, une guérison radicale. Se fondant sur les résultats obtenus dans 118 cas d'opérations d'Alexander-Adams, Fraenkel conclut que l'opération doit être réservée exclusivement pour les cas où la *rétroversion est compliquée d'un prolapsus très accusé, ou de dilacération du col.*

KEHRER. — **De l'inversion de l'utérus.** — Il en existe deux variétés principales *a)* : Le fond de l'utérus est à son niveau normal, parfois même à un niveau plus élevé. C'est la muqueuse utérine, seule ou accompagnée des couches musculaires les plus profondes, qui, obéissant au poids d'un fibrome, s'est inversée *b)* : Dans la deuxième variété, toute la paroi utérine est retournée. Vue par l'abdomen, elle a la forme d'une sorte d'entonnoir.

Dans le premier cas, il faut énucléer la tumeur, suturer ensuite les bords de la perte de substance. Dans le second, l'amputation de l'utérus est indiquée.

FRANK. — **De l'anaplastie dans les opérations d'atrésies du col.** — Pour les sténoses qui intéressent une grande étendue du col, ou qui portent sur l'orifice interne, Fraenkel conseille une série d'opérations, et entre autres, de prendre un lambeau sur la surface externe de la portion vaginale, de la suturer dans la cavité cervicale. Grâce à ce procédé, les résultats seraient durables et l'on éviterait la nécessité de procéder à une dilatation toujours ennuyeuse, et qui s'impose après l'emploi des autres méthodes.

BOKELMANN. — **De l'antiseptie en obstétrique.** — Bokelmann expose les principes de la méthode antiseptique, telle quelle est appliquée à la clinique des femmes à Berlin. Le point capital, c'est la désinfection de l'accoucheur, celle de la parturiente est secondaire. La désinfection des mains est obtenue avec une solution

de sublimé à 1/1000. Les instruments sont lavés avec une solution phéniquée à 5 0/0. Au commencement du travail seulement, ou avant une intervention instrumentale, on fait une injection vaginale avec une solution de sublimé. Après l'accouchement, il n'est fait de lavages du vagin ou de l'utérus que lorsqu'ils sont indiqués d'une façon très nette. Durant les suites de couches, expectation. Pas de lavages du canal génital, sauf indications très précises. Depuis qu'on se sert de solutions de sublimé moins concentrées, les cas d'intoxication ont en général disparu.

Gusserow.— **De l'extirpation des kystes de la trompe.**— Gusserow a extirpé 14 kystes suppurés de la trompe. Toujours il a constaté des lésions de périmétrite. La phlegmasie péri-utérine lui parait tenir le premier rang daus l'étiologie de l'affection. Causée elle-même le plus souvent par l'affection gonorrhéique, elle aboutit à l'inflammation suppurée de la trompe, àl'occlusion du canal tubaire et à l'enkystement du pus. Un des principaux symptômes consiste dans les ménorrhagies qui surviennent aux époques menstruelles; ménorrhagies liées à des troubles de la circulation dus à la distension subie.par la trompe dans l'épaisseur des ligament larges. D'après l'expérience de Gusserow les dangers que pourrait faire craindre la possibilité de la rupture du kyste, et le développement consécutif d'une péritonite, sont très petits. Plusieurs fois au cours de l'opération, cette rupture s'est faite, le contenu de la trompe a fait irruption dans la cavité abdominale, et cela sans que la marche vers la guérison fut le moins du monde troublée.

Les 14 opérées ont toutes parfaitement guéri.

Martin. — **Des maladies des trompes.** — De l'analyse de 287 observations, il ressort que les processus inflammatoires des trompes sont très fréquents. Dans la moitié des cas, l'affection tubaire est la conséquence de la propagation d'une phlegmasie catarrhale de la muqueuse utérine. Des autres, une moitié est sous la dépendance d'accidents puerpéraux, le reste reconnaît pour point de départ une infection gonorrhéique ou la tuberculose.

En ce qui concerne la localisation de la maladie, elle est 91 fois bilatérale; 58 fois elle siège à droite, 138 fois elle siège à gauche.

Il existe deux variétés bien distinctes de salpingite. 1) Endo-salpingite interstitielle. 2) Endosalpingite folliculaire. (La paroi tubaire paraît parsemée de dépressions kystiques).

Des modifications ultérieures intéressent la couche musculaire et péritonéale de la trompe (dégénérescence plus ou moins profonde des éléments épithéliaux et musculaires), la lumière de l'organe (occlusion et distension kystique); la nature des produits inflammatoires (suppuration, toujours liée à la présence de micro-organismes).

La guérison est possible : elle peut même être suivie d'une grossesse. Il n'y a pas de signes pathognomoniques de la maladie; les principaux symptômes sont *les douleurs, les ménorrhagies, la stérilité*. La médication doit être essentiellement antiphlogistique; ce n'est qu'en cas d'échec que la question d'une opération se pose. Sur les 287 cas qu'il a observés, Martin a dû 64 fois faire la salpingotomie.

MEINERT. — **De l'extirpation des trompes et des kystes tubaires.** — Meinert a pratiqué 15 salpingotomies, 14 des opérées ont guéri, la 15e est morte du tétanos. Les cas se répartissaient de la manière suivante : 7 pyosalpingites, 7 hydrosalpingites; 1 fois rupture d'un kyste fœtal au cours d'une grossesse tubaire,

La plupart des cas ont pour point de départ, une infection gonorrhéique. Dans trois cependant où la maladie avait très manifestement succédé à une gonorrhée du vagin, il fut impossible de mettre en évidence les gonococcus spécifiques. Deux fois la salpingite de nature bacillaire coïncidait avec une péritonite tuberculeuse. Les exsudats tubaires, même suppurés, n'impliquent pas nécessairement la présence de germes virulents. Dans un cas de pyosalpingite, compliquée de rupture de la trompe et de péritonite consécutive, la laparotomie fut faite et couronnée de succès. Les symptômes des affections des trompes sont variés et inconstants. Il n'existe aucun rapport entre l'intensité des phénomènes réactionnels et les dimensions de la collection kystique. Ce qui domine tout, c'est le degré de violence des accidents gonorrhéiques initiaux. Des pelvi-péritonites récentes, graves, d'origine gonorrhéique, furent complètement guéries par l'extirpation des trompes et des ovaires. L'hydropisie même considérable des trompes, peut se constituer en quelques semaines.

CZEMPIN. — **Des rapports de la muqueuse utérine avec les maladies des annexes de l'utérus.** — Les maladies des annexes qui peuvent amener des modifications pathologiques de la muqueuse utérine,

sont : 1° les affections récidivantes, aiguës ou subaiguës des ovaires, des trompes, ou communes à ces deux organes; 2° la paramétrite exsudative ; 3° les processus inflammatoires (pelvi-péritonites), particulièrement au niveau des zones cicatricielles des ligaments larges après l'ovariotomie ou la salpingotomie; 4° certaines tumeurs des annexes à évolution lente (Pyosalpingite, sarcomes et carcinomes de l'ovaire.

Ces conditions diverses sont capables d'amener toutes les altérations possibles de la muqueuse utérine, altérations qui se traduisent par des hémorrhagies parfois considérables. Les caractères de l'hémorrhagie varient surtout avec la maladie des annexes concomitante. La pyosalpingite, le sarcome de l'ovaire, certaines affections des trompes et des ovaires s'accompagnent d'une endométrite hyperplasique glandulaire et interstitielle. Dans d'autres circonstances, la muqueuse ne présente que peu ou pas de modifications. Là, les hémorrhagies sont liées à une congestion artérielle excessive, causée et entretenue par les maladies des annexes.

SCHRAMM. — **De la castration dans l'épilepsie.** — L'ensemble des cas d'épilepsie traités par la castration, montre que les résultats fournis par l'opération sont moins favorables que dans les autres formes de convulsions. La castration semble ne devoir être proposée en tant que moyen de guérison, que lorsque les accès épileptiques éclatent au moment des éruptions menstruelles. Schramm a obtenu, grâce à la ménopause artificielle, deux guérisons qui se maintiennent, l'une depuis un an, l'autre depuis un an et demi.

SCHROEDER. — **De la castration dans les névroses.** — Hégar sépare avec raison, l'extirpation de l'ovaire malade de l'extirpation de l'ovaire sain, qui a pour but la ménopause artificielle prématurée. Les indications dans le 1er cas sont précises, il n'y a pas de difficultés, elles sont exclusivement chirurgicales. Un seul ovaire est-il malade ? On n'enlève que celui-là, parfois même rien qu'une portion de l'organe.

Dans le second cas, les conditions sont bien différentes. D'abord, pour obtenir la ménopause, il faut enlever les deux ovaires. Le but désiré peut être atteint, même quand les deux ovaires sont normaux. Hégar est d'avis que l'opération n'est indiquée que s'il existe un état pathologique des ovaires ou d'un autre organe de l'appareil génital. Et cela, parce qu'il n'admet comme démontrée

que l'action répercussive de l'extirpation des ovaires sur l'affection génitale, et son action indirecte sur les troubles nerveux liés à celle-ci; ou la cure, par la castration d'une maladie nerveuse absolument connexe d'un état pathologique de l'ovaire qu'on supprime.

Cette manière de voir ne me paraît pas justifiée. En premier lieu ce n'est point la même chose, bien loin de là, que faire la castration parce que l'ovaire est malade ou parce que l'utérus porte une tumeur. A vrai dire, le premier cas n'appartient pas à la castration; dans le second cas, on enlève l'ovaire pour exercer une *action en retour* sur un autre organe qui est malade.

Or, on peut, par un mécanisme analogue à celui qui entre en jeu dans le second cas, exercer, au moyen de la castration, une action en retour et curative sur l'organisme en général.

On ne sait ni si les névroses sont influencées par les états pathologiques de l'ovaire, ni jusqu'à quel point la connexion existe. Des troubles nerveux, très accusés, sont susceptibles de s'atténuer après la ménopause artificielle ou naturelle, sans qu'il y ait des modifications pathologiques bien évidentes des ovaires. En outre, il est bien difficile de marquer la limite exacte entre l'état normal et l'état pathologique de l'ovaire. Seule l'expérience a fixé la valeur de la castration dans les cas de myômes de l'utérus; la question pendante ne peut être résolue que de la même manière.

Schramm, relate, très brièvement 12 cas dans lesquels il a fait l'opération; sur le nombre il en est trois qui ont fourni des résultats extrêmement favorables, qui se maintiennent depuis 8 ans 1/2, 7 et 5 ans.

De ces faits, il conclut que même lorsque les ovaires ne s'éloignent pas des conditions normales, on peut, au moyen de la castration, guérir de graves névroses. Le but est donc de chercher à bien préciser dans quels cas ce résultat heureux peut être atteint. D'après son expérience, ces cas sont ceux dans lesquels l'appareil génital joue le rôle essentiel.

SAENGER. — **De la technique de l'amputation supra-vaginale de l'utérus myomateux.** — Sous le nom d'*enveloppement intra-péritonéal*, Saenger décrit un procédé original qui lui a donné un excellent résultat dans un cas de myomotomie supra-vaginale. Il s'agissait d'une tumeur sous-séreuse et intra-ligamentaire. Il fit usage

de la ligature élastique qui fut laissée à demeure. Puis, sur la face postérieure du moignon utérin, il sutura le péritoine pariétal décollé des deux côtés de l'incision abdominale.

En résumé, le moignon utérin, recouvert par le péritoine pariétal, se trouvait ainsi dans un espace absolument isolé de la cavité abdominale.

SCHULTZE. — **Amputation du corps de l'utérus, après laparotomie, dans un cas de rétention du placenta et de septicémie puerpérale.** — Il s'agissait d'une femme qui à 6 mois de grossesse, fit une fausse couche. Expulsion de fœtus, *rétention du placenta*. Par suite de l'étroitesse du col, il fut impossible d'arriver jusqu'au délivre. Les jours suivants, apparurent des signes évidents de septicémie, qui s'accompagnèrent d'élévations thermiques, jusqu'à 40 degrés et au delà. En ces conditions, on fit la laparotomie qui fut complétée par l'amputation supra-vaginale de l'utérus. Résultat : *Arrêt des accidents septiques*, et *guérison complète*. Schultze exprime l'espoir qu'on pourra, les indications étant bien établies, sauver par l'opération telle ou telle accouchée qui succomberait fatalement à la fièvre puerpérale.

LOHLEIN. — **De l'indication de l'accouchement prématuré dans les maladies internes.** — Lohlein fait deux catégories des affections qui peuvent justifier l'accouchement prématuré. Dans la 1re rentrent celles qui sont en relation de causalité avec la grossesse, chorée gravidique, vomissements incoercibles, etc. Pour les vomissements incoercibles, il faut pourtant se garder de recourir trop tôt à l'accouchement prématuré ; on arrive quelquefois, en effet, grâce à l'alimentation et à l'administration de médicaments par le rectum, à permettre à la femme de traverser la période dangereuse. La deuxième catégorie comprend les maladies nombreuses qui, d'une manière plus ou moins accidentelle, se combinent avec la grossesse. La néphrite est, en quelque sorte, l'intermédiaire entre les affections des deux groupes. Elle peut, en effet, fournir l'indication de l'accouchement prematuré. On peut encore y avoir recours dans le but, de parer aux dangers des convulsions éclamptiques, de prévenir la transformation d'une néphrite accidentelle en une néphrite chronique.

SCHLESINGER. — **Des interventions chirurgicales dans les cas d'ab-**

sence congénitale du vagin. — Schlesinger pense qu'on est autorisé, même en l'absence complète du vagin, à tâcher de créer tout au moins une sorte d'infundibulum, et cela pour deux raisons : 1° afin de rendre possible l'acte sexuel; 2° afin de supprimer les accidents nerveux et les troubles psychiques qui, très souvent, compliquent ces sortes d'anomalies. C'est ainsi que chez une jeune fille, chez laquelle ces troubles psychiques allaient jusqu'à des idées de suicide, il put créer une sorte de vagin artificiel de 6 à 7 centim. de profondeur. Dans les premiers temps, l'infundibulum fut maintenu ouvert au moyen de gaze iodoformée et de dilatateurs. Mais, peu à peu, ce canal artificiel qu'un mari eût peut-être rendu permanent, se rétrécit, devint plus court. En tous cas, les troubles psychiques n'ont plus reparu.

COHNSTEIN. — **De la pression du sang avant et après l'accouchement.**

RUGE. — **Du placenta.** — Ruge a injecté par l'utérus et par les vaisseaux ombilicaux, le placenta d'une femme, morte au début de l'accouchement, dans le but de déterminer la voie suivie, par le sang maternel, dans les espaces intervilleux. L'injection des vaisseaux maternels amena la réplétion de tous ces espaces. Les recherches ultérieures, destinées à montrer comment s'effectue le passage du sang des tissus maternels, dans les tissus fœtaux, ne permirent pas de mettre en expérience les *prétendus* vaisseaux qui traversant la sérotine devraient s'ouvrir dans les espaces intervilleux. Mais on vit que, dans l'accroissement du placenta, le tissu des villosités pénètre peu a peu le tissu et les vaisseaux maternels, et que ces derniers sont obstrués et non ouverts. Bien qu'il soit impossible de nier tout passage du sang maternel dans l'intervalle des villosités, on n'est d'aucune façon autorisé à admettre une *circulation intervilleuse.* Les divers schémas faits jusqu'à ce jour, sont inexacts.

STRATZ. — **De la position de l'utérus.** — Les principaux facteurs qui, après la mort, modifient la position de l'utérus sont : 1° l'abaissement de la pression abdominale par suite de la cessation des mouvements respiratoires et de l'affaiblissement du tonus musculaire; son élévation ultérieure sous l'influence de la rigidité cadavérique et de la formation de gaz dans l'intestin; 2° le relâchement des élé-

ments musculaires et élastiques; 3° l'arrêt de la circulation; 4° le décubitus dorsal du cadavre.

Les phénomènes cadavériques principaux : 1) le relâchement de l'utérus et de ses annexes; 2) la rétroflexion de l'utérus; 3) la descente du plancher pelvien; 4) la béance de l'anus; 5) la béance infundibuliforme de l'orifice du vagin et de l'urèthre.

COHN. — **De l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.** — Cohn a comparé les résultats qu'on obtient au moyen des instillations de nitrate d'argent, de sublimé, etc., avec ceux que donnent l'observation d'une antiseptie rigoureuse pendant l'accouchement, et la propreté parfaite des pièces de pansement.... Il conclut de ce parallèle qu'une prophylaxie obligatoire est superflue.

A côté de l'ophthalmie virulente, Cohn a constaté l'existence d'une conjonctivite de bonne nature, qui n'a aucun rapport étiologique avec les micro-organismes.

VEIT. — **De l'endométrite du corps de l'utérus.** — Veit est d'avis que le *tampon index* de Schültze ne peut pas fournir de donnée certaine sur le siège réel d'un catarrhe de l'utérus. Avec le cathéter seulement, on arrive à reconnaître les points malades; car l'instrument permet d'apprécier nettement, les fongosités, le ramollissement, la sensibilité pathologique de la muqueuse utérine. Comme l'endométrite complique souvent la grossesse, il est bon de savoir que les modifications qu'elle entraîne, lorsqu'elles sont peu accusées, échappent fréquemment à l'examen macroscopique. Au contraire l'examen microscopique les met en évidence. C'est là un fait doublement important, car il peut servir à éclairer dans certains cas la pathogénie de l'avortement, et à permettre de combattre la « *prédisposition* » à l'expulsion prématurée de l'œuf.

WATER. — **Du traitement du bassin plat.** — Water a essayé de déterminer, d'après l'examen des faits observés à la clinique des femmes de Berlin, ce qu'il faut préférer dans le traitement du bassin plat de la méthode expectante, qui nécessite parfois l'application du forceps au détroit supérieur ou la version, ou de la méthode active qui, au moyen de la version termine l'accouchement. Il se prononce pour l'expectation chez les primipares, pour l'intervention chez les multipares. Ses raisons sont les suivantes : 1) les conditions de la pression abdominale, le degré

d'énergie des contractions, la distension du segment inférieur..., toutes conditions qui rendent la pr gression de la tête très hypothétique, chez les multipares ; 2) les résultats obtenus, grâce à un mode de conduite basé sur ces principes, sont favorables.

HOFMEIER. — **De la guérison définitive du cancer du col de l'utérus.** — Se fondant sur 161 cas de carcinome du col, opérés jusqu'au 1er octobre 1885, à la clinique de Berlin, Hofmeier essaie de fixer la valeur de l'opération. Il croit que le pronostic du traitement chirurgical est très favorable et il appuie son opinion sur des statistiques. Il tâche aussi d'établir le pronostic des différentes variétés de carcinome du col, en interprétant les observations des nombreuses malades qui se sont présentées à lui. Enfin, l'enseignement qui, d'après lui se dégage de ces statistiques, c'est qu'il faut intervenir chirurgicalement, et d'une manière énergique, toutes les fois que l'affection carcinomateuse ne s'est pas étendue.

WYDER. — **Du traitement du placenta prævia.** La méthode de traitement adoptée jusqu'ici par la plupart des médecins contre le placenta prævia, c'est le tamponnement (jusqu'à ce que la version interne soit possible), suivi alors, de la version, de l'extraction et de la délivrance manuelle. Les inconvénients de cette pratique sont : 1) l'hémorrhagie n'est pas sûrement arrêtée ; le tampon doit être souveut renouvelé ; 2) les dangers de l'infection ; 3) les déchirures du segment inférieur ; 4) la nécessité de l'extraction manuelle du placenta ; 5) la perte de temps. Tous ces inconvénients sont réduits au minimum, grâce à la version combinée, qui n'est pas difficile, à condition qu'on introduise la main entière dans le vagin, et un ou plusieurs doigts dans toute leur longueur à travers l'orifice externe. En compensation de la mortalité fœtale forte d'ailleurs, avec la version combinée, la mortalité maternelle est très faible.

	Mortalité maternelle	Mortalité fœtale.
Anciennes méthodes. . .	30/40 0/0	50/75 0/0
Version combinée. . . .	7,2 0/0	65 0/0

NEUGEBAUER. — **De la Polymastite.** — Une femme, accouchée pour la 2e fois, remarqua qu'en des points, qui d'abord paraissaient simplement correspondre à des dépôts pigmentaires, il s'échappait

du lait eu grande quantité. Un examen plus attentif fit voir qu'il s'agissait en réalité de huit mamelons supplémentaires, disposés suivant deux lignes convergentes en bas. Les supérieurs étaient dans la cavité axillaire.

(Cent. für. Gynæk. Nos 41, 42, 44, 45, 46 et Archiv. für Gynæk. Band 29. Heft. 2. 1886.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉS AMÉRICAINES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 19 octobre 1886.

WYLIE. — **Obstruction intestinale, laparotomie, guérison.** — Obstruction complète, l'intestin était serré par une adhérence ancienne; au-dessus du point resserré, il avait la couleur du chocolat. Wylie sectionne la bande ; la malade eut une évacuation abondante 8 ou 10 heures après l'opération ; au 10e jour, elle va très bien.

La constriction siégeait vers la partie terminale de l'iléum. La malade, âgée de 50 ans, n'était plus réglée. Elle avait eu probablement une inflammation pelvienne.

Mc LEAN remarque que la douleur dans l'obstruction de l'intestin grêle siège toujours au niveau de l'ombilic.

Discussion. — HUNTER et MUNDÉ qui se loue des lavements de térébenthine dans le tympanisme. Il en prescrit une cuillerée à café dans un litre d'eau chaude, WYLIE prescrit une cuillerée à bouche dans un quart de litre d'eau bouillante.

HUNTER. — **Cas douteux de kyste ovarique enlevé par la laparotomie.** — La tumeur avait des parois épaisses et renfermait un liquide couleur chocolat.

HUNTER. — **Kyste ovarique découvert peu après l'accouchement.** — L'examen de la malade, fait à six mois de grossesse par le Dr COE ne révéla pas l'existence d'une tumeur ; elle revint en septembre, ayant accouché trois semaines auparavant, d'un fœtus de 8 mois. La délivrance a été suivie par une perte qui dura deux semaines. Son ventre n'avait guère diminué. HUNTER vient de l'opérer. Le pédicule était fort large.

Mc Lean raconte un cas de **perforation de l'utérus par une cuiller-scie sans conséquence fâcheuse.** C'est en énucléant un fibrome que l'accident se produisit.

T.-A. Emmet trouve que la cuiller-scie est fort dangereuse, il la condamne sans hésitation.

Discussion. — Hunter, et Mundé, qui a perdu, de péritonite, une malade dans un cas analogue, sans que l'utérus ait été perforé.

T.-A. Emmet raconte un cas de **menstruation persistant après l'ablation des ovaires.** – La malade opérée par lui il y a 4 ans, a été réglée jusqu'en février, elle prit froid, et souffrit d'une inflammation pelvienne sérieuse.

Wylie a vu le plus souvent les règles arrêtées par l'ablation des ovaires. Une de ses opérées a été menstruée régulièrement pendant 4 ans.

Mundé, président, a vu une malade ophorectomisée par Noeggerroth pour une dysménorrhée. Elle continua d'être réglée et de souffrir pendant un an. On refit la laparotomie, les intestins étaient adhérents à la cicatrice.

Elle fut encore réglée pendant 4 ans; puis elle entra dans le service de Mundé, portant un fibrome qu'elle n'avait pas au moment de la seconde opération. Elle refusa d'en subir une troisième, et Mundé la perdit de vue. Il connaît deux cas de menstruation persistante. L'un est un cas de Hégar; il trouva un fibrome qui n'existait pas au moment de la première opération.

Hunter a une opérée encore réglée depuis un an et demi.

Morrill, depuis 15 mois.

Hernie étranglée chez une femme enceinte de deux mois; hématocèle vomissements, avortement provoqué, par Mundé. La malade mourut au bout de deux jours.

Rupture mortelle du fond du vagin pendant le travail, chez une multipare, par Mundé. Le forceps avait été appliqué, puis on fit la version. La délivrance s'accompagna d'une forte hémorrhagie. L'enfant pesait 11 livres et demie. Mundé vit la malade lorsqu'elle était moribonde.

Cleveland. — **Hystéro-trachélorrhaphie, anesthésie cocaïque.** — Sa solution était 20/100; une des opérations, toutes les deux sans douleurs, dura 1 heure 1/2; l'autre 3/4 d'heure.

Séance du 2 novembre 1886.

SIMS présente une **tumeur fibreuse de l'ovaire, opération, guérison.** — La malade avait 48 ans, et n'était plus réglée depuis 4 ans et demi. La tumeur qui pesait plus de 2 livres ne présentait pas d'adhérences, Sims ne plaça pas de drain. L'opérée put retourner chez elle au bout de 4 semaines.

COE croit à l'existence de vrais fibromes ovariques, hypothèse qui a été émise par plusieurs auteurs même récents. A l'examen microscopique il a trouvé quelques cellules fusiformes, qui semblent marquer la dégénérescence sarcomateuse, mais la tumeur est bien un fibro-myome.

MC LEAN présente un **fibrome de la cloison uréthro-vaginale,** relevée par D. C. Cocks. Il présente aussi un **spécimen d'une dégénération calcaire du placenta, au troisième mois de la grossesse.** La pièce est un morceau de tissu fibreux, renfermant des noyaux durs disposés en forme de chapelet, et ayant à première vue, l'aspect d'un chorion kystique. Ces noyaux examinés par COE, sont formés d'une capsule fibreuse dure, renfermant une couche mince de matière calcaire, soluble dans l'acide nitrique fort; un nucléole organique, et une cavité centrale admettant à peine la pointe d'une épingle.

MORRILL présente un *œuf humain expulsé dans le premier mois de la grossesse.*

MUNDÉ croit que cet œuf a 4 semaines, moins peut-être. L'œuf le plus jeune que l'on connaisse a été observé par Breus, de Vienne; il n'a que quatorze jours (1).

MORRILL ajoute que ce cas prouve l'activité du bioxyde de manganèse, dont la malade a pris 1 gr. 25, comme ocytocique.

GRANDIN rapporte un cas où le manganèse a causé l'avortement.

MUNDÉ est disposé à le regarder comme un abortif, ce qui doit nous rendre circonspects dans son administration.

MACKENSIE. — **Empoisonnement mercuriel, évacuation du métal pur.** — Un enfant avait avalé les morceaux d'un gros thermomè-

(1) Kölliker (p. 315 de la traduction française de Béclard et Sée) a figuré l'œuf de Reichest, âgé de 13 jours (A. C.).

tre (8 gr. environ). Au bout d'une semaine, il eut de a diarrhée et du tympanisme. Mackensie diagnostiqua une pérityphlite. L'enfant eut plusieurs selles de mercure pur, non oxydé.

MORRILL présente un *fœtus de* 16 *livres et demie*, qu'il a extrait mort.

MUNDÉ cite un médecin allemand qui lui a affirmé avoir mis au monde un enfant de 18 livres. Le plus gros enfant connu est celui de Anna Swann, une géante, il pesait 23 livres.

MC LEAN. — **Fœtus papyraceus.** — Grossesse gémellaire. Le premier fœtus pesait près de 11 livres, le second était anencéphalique, n'avait qu'un développement correspondant à 4 mois, il était aplati. La partie du placenta correspondant à ce dernier fœtu s était en dégénérescence graisseuse.

SIMS. — **Développement prématuré chez un garçon.** — Cet enfant a 3 ans 1/2 ; il a des poils sur le pubis, il se masturbe fréquemment, ne paraît pas porté vers le sexe féminin et n'éjacule pas. Il est à peu près idiot.

JACOBS rapporte un cas analogue. **Névromes multiples de la paroi abdominale, à la suite d'une laparotomie** par SIMS.

JACOBS connait 12 ou 15 cas semblables.

COE, n'a pas trouvé de preuves microscopiques que ces tumeurs soient malignes.

MUNDÉ. — **Ovariotomie pendant la grossesse, rétablissement, continuation de la gestation.** — La tumeur, multiloculaire, pesant 25 livres, fut enlevée; l'opérée recommença à vomir. MUNDÉ dilata le col avec le doigt, et fit des injections de morphine, il ne doute pas qu'elle n'aille à terme.

WYLIE a une grande confiance dans la dilatation du col, qui n'est point dangereuse, si le doigt ou l'instrument n'est pas porté *dans* l'orifice interne.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 7 *octobre* 1886.

JOSEPH PRICE présente les pièces d'une **grossesse tubaire gauche, rupture.** La mort est presque toujours causée par l'hémorrhagie. Price n'a pas pu trouver l'embryon.

Il présente aussi les pièces d'un **double pyosalpinx et un kyste du tégument large droit, avec des abcès de l'ovaire du même côté.** Il a dit qu'en Amérique la mortalité est due à ce qu'on opère rarement et il fait un grand éloge de l'habileté de L. Tait.

Howard A. Kelly discute longuement les rapports du pyosalpinx avec la blennorrhée qui en est la cause fréquente. L'épithélium du vagin résiste souvent avec succès, mais l'épithélium cilié est souvent vaincu.

Pour Baer, la médication intra-utérine ne guérit pas le pyosalpinx, mais elle peut le prévenir, aussi continue-t-il de l'appliquer malgré l'opinion de quelques auteurs.

Baer présente un **fibro-sarcome de l'ovaire**. Baer fit une incision longue de 15 centim., rompit les adhérences, trouva un pédicule très mince, le lia et enleva la tumeur. L'opérée supporta mal l'opération. Elle est en bonne voie en ce moment.

Kelly remarque que le fibrome vrai de l'ovaire est rare, il croit que la tumeur est sarcomateuse.

Baer présente aussi un **kyste monoloculaire de l'ovaire**. La ligature du pédicule ayant glissé, l'opérée faillit mourir d'hémorrhagie. Cet accident est venu de ce que Baer a voulu faire du ligament large un pédicule ; sa masse était trop grosse pour être tenue par une ligature, et il fit dix points de suture entrecoupés. L'opérée est bien.

Baer présente encore un **kyste ovarique éclaté**. Il rappelle un mémoire de Goodell lu à la Société gynécologique en 1881, sur les kystes de l'abdomen qui éclatent.

Harris parle d'une femme porteur d'un kyste qui se rompit, et fut envoyée au Dr Atlee pour être opérée. Les règles survinrent, et firent ajourner l'opération. La tumenr creva de nouveau, la malade mourut dans le collapsus.

Parish rapporte aussi un cas de mort.

Baer présente encore un *fibrome utérin*. Il a enlevé la tumeur avec la cuiller-scie.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 16 *septembre* 1886.

Jacob Trush raconte un cas de **grossesse interstitielle. La** malade fut prise soudainement d'une atroce douleur dans le bas

du ventre, et s'évanouit. En revenant à elle, elle vomit et ressentit sa douleur, des injections de morphine la soulagèrent. Le Dr Palmer fut appelé en consultation et conclut à l'existence d'une inflammation pelvienne, dont le foyer était dans la corne gauche de l'utérus. Trush fit des applications faradiques, le pôle négatif étant placé dans le vagin et le positif en avant de la tumeur. Ces applications faites avec des courants très forts, furent bien supportées, la malade ne vomissait plus, elle se trouvait graduellement mieux et plus forte.

Au bout de six mois, la malade expulsa un œuf flasque, entier, renfermant un fœtus de 3 mois 1/2.

En juin 1886, la malade devint enceinte, et eut une forte hémorrhagie en juillet, Trush crut devoir hâter l'avortement, et faire l'extraction de l'œuf.

Palmer, qui a vu la malade au début regarde le cas comme obscur, il y avait une pelvi-péritonite, avec une grossesse possible.

Gils P. Mitchell ne croit pas que ce fût une simple grossesse extra-utérine.

Wright n'accepte pas non plus le diagnostic extra-utérin.

Trush remarque que la transformation d'une grossesse extra-utérine en gestation utérine n'est pas tellement exceptionnelle. Garrigues en a rapporté 10 cas, et il cite M. Burney (*New-York. Med. J.* mars 1882). Micudi (*Am. Journ. of. Obs.*, XII, p. 330). Pappel, Spiegelberg et H. Lenox Hodge.

Wanning présente un **sac gynécologique** fort commode.

(Résumé d'après *l'Am. J. of obs.*, 1886, p. 1259 à 1293, par A. Cordes).

REVUE DES JOURNAUX

H. Fehling. — **De la version combinée d'après la méthode de Braxton Hicks dans la provocation de l'accouchement prématuré.** — Les faits cliniques démontrent l'importance de l'accouchement prématuré artificiel pour parer aux dangers que créent, dans l'accouchement à terme, les sténoses pelviennes. Ils font voir aussi que le contre-temps le plus fâcheux dans l'accouchement provo-

qué, dont le succès peut être par là entièrement compromis, c'est la faiblesse exagérée, l'inefficacité des contractions. On sait que ce contre-temps survient de préférence quand il y a eu rupture prématurée des membranes et aussi que la version est d'autant plus difficile et périlleuse qu'on a attendu pour la faire, plus longtemps après l'écoulement du liquide ammiotique. De plus, quand la partie fœtale qui se présente arrive à presser sur le segment inférieur de l'utérus, la compression qu'elle exerce sur cette région est bien propre à réveiller, à exciter les contractions. Mais, dans les présentations du sommet, cette condition favorable est lente à se produire. parce que la tête fœtale franchit difficilement l'aire rétrécie du bassin.

Partant de ces considérations, Fehling adopte, pour l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de bassins rétrécis, la conduite suivante : dès que l'activité contractile de l'utérus est entrée en jeu sous l'influence de l'excitateur mis en usage (bougie, douches vaginales, colpeurynter....), faire, le plus tôt que l'on pourra, la version par manœuvres externes et internes combinées (méthode de B.Hicks), et abaisser un pied, *de façon à avoir*, pour ainsi dire, *l'ectraction en main*. Mais, sauf contre-indications, (affaiblissement, irrégularité des bruits fœtaux...) il faut se garder de procéder immédiatement à l'extraction. Attendre au contraire le dégagement spontané de l'extrémité pelvienne, et seulement, alors... opérer le dégagement du reste du corps (partie supérieure du tronc, bras, tête).

La méthode ne s'applique pas invariablement à tous les cas. Contre-indications; a) *primiparité;* b) *Apparition dès le début du travail, persistance de contractions bien soutenues ;* c) *fixation de la tête;* d) *notons que dans les accouchements antérieurs les contractions utérines ont été régulières et énergiques.* Indications; *a*) *multiparité;* b) *Contractilité utérine lente à se produire.*

En deux ans, 1884-1885, on a provoqué 14 fois l'accouchement prématuré, 1 fois, pour remédier aux dangers créés par l'existence d'une néphrite parenchymateuse (Présentation du sommet, accouchement rapide).

13 fois il s'agissait de rétrécissement de l'aire pelvienne, 12 fois par sténose osseuse, 1 fois par présence d'un exsudat considérable et résistant.

Bassins plats rachitiques, 5. Diam. conjugués diag. : 8-10 cent. Bassins plats généralement rétrécis, 4. D. C. diag. : 7,75-10,5. Bassins généralement rétrécis, 3. D. C. diag. : 9,5-11. Bassin ostéomalacique à un très haut degré, 1.

Dans deux cas de présentation céphalique (sommet et face), l'accouchement se termina spontanément. Les contractions s'étaient montrées énergiques dès le début du travail. La version fut faite 8 fois, 5 fois dans des présentations du sommet, 3 dans des présentations transversales, deux fois la transformation, de la présentation existante en une présentation de l'extrémité pelvienne, fut opérée au moyen de manœuvres externes.

Les enfants en présentation du sommet et du siège, vinrent vivants. De ceux qui subirent la version combinée, 6 naquirent vivants et vivaient encore au 8e jour. L'un vint mort-né, l'autre mourut 36 heures après la naissance.

Toutes les mères eurent des suites de couches apyrétiques. (Cent. für Gynæk., nº 10, 1886).

L. Litschkus. — **De la provocation de l'accouchement prématuré au moyen des courants d'induction.** — Litschkus est d'avis qu'il ne faut pas d'ores et déjà, malgré les résultats peu encourageants annoncés par un certain nombre d'auteurs (Schauta, Krassowsky, Reyer, Walcher...,) rejeter formellement l'emploi de l'électricité en tant que moyen de provoquer l'accouchement prématuré. Il relate à l'appui de son opinion, deux cas dans l'un desquels il obtint, par l'application externe des courants d'induction, une dilatation suffisante du col pour exécuter la version combinée (méthode de B. Hicks). Il est bon de dire, que dans les deux exemples cités, il fallut plusieurs séances, de plusieurs jours, avant de pouvoir opérer l'extraction de l'enfant. Ainsi, dans le 1er cas, la 1re séance de faradisation eut lieu le 22 juin à midi. Ces séances furent continuées les 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 juin. L'enfant fut extrait, au moyen de la version, le 30 juin, vers 1 heure 50 de l'après-midi. Dans le second cas, 1re séance de faradisation le 13 septembre, nouvelles séances, les 14, 15, 16, 17 septembre. Le 17 septembre, à 2 heures du matin, l'orifice ayant la largeur de 4 doigts, version d'après la méthode de Braxton Hicks. Extraction de l'enfant quelques minutes après.

L'auteur conclut de la façon suivante : « désormais pour provo-

quer l'accouchement prématuré, j'adopterai la marche suivante : Commencer toujours par la faradisation externe. Dès que la dilatation de l'orifice aura la largeur de 1 1/2, 2 doigts, décoller l'œuf du segment inférieur, sur une étendue aussi considérable que possible. Au moyen de quelques séances complémentaires, tâcher de mettre complètement en jeu la contractilité utérine. En cas d'insuccès, on est en mesure de pratiquer la manœuvre de B. Hicks, qui sera suivie de l'extraction de l'enfant » (Centr. für Gynæk., nº 51, 1886).

Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés. — (Treatment of asphixie of the new-born). Plusieurs médecins des États-Unis ont recommandé dans ces derniers temps contre la mort apparente des nouveau-nés une méthode qui consiste *à tenir l'enfant suspendu par les talons*. La théorie est que cette position détermine vers le cerveau un afflux de sang assez considérable pour y produire une excitation capable de provoquer un effort respiratoire spontané, alors même que l'asphyxie remonterait à un moment relativement éloigné. Le Dr Reynolds (Boston) dans le « New-York med. Journ., » suggère le procédé suivant qui réunirait les avantages de la méthode précédente (afflux du sang vers le cerveau) et de la respiration artificielle. L'opérateur place sur son avant-bras l'enfant, le dos en bas, la tête pendante et le saisit par les épaules. Or, quand il abaisse sa main, les bras de l'enfant s'abaissent, de plus et les muscles pectoraux tirent sur la poitrine qu'ils dilatent. Si alors on comprime le thorax en le redressant vivement, l'expiration s'effectue. Ce procédé aurait, en outre, l'avantage de favoriser l'expulsion des mucosités contenues dans les canaux aériens (British med. Journ., octobre 1886).

KORSCH. — **Accouchements chez des mortes.** — (Uber leichengeburten). — L'auteur rappelle le travail publié sur ce sujet (Arch. für Gynæk.) par Reimann, et ajoute deux nouveaux faits aux 63 rassemblés par ce dernier. Le deuxième cas est le suivant : Le 4 juillet 1882, une paysanne qui était enceinte, tombe sur un baquet. La tête et le côté gauche portent dans la chute. La femme meurt quatre heures après l'accident, le même jour, on l'ensevelit dans une tombe qu'on recouvre de planches, de paille et de sable. La tombe, ayant

été ouverte huit jours après, on trouve aux pieds de la morte un enfant nouveau-né.

La putréfaction n'est pas très avancée. Dans la bouche de la femme, il y a des restes de vomissement. Dans la région de la clavicule, et de l'omoplate du côté gauche, existe une ecchymose de la largeur de la main. Le ventre est tuméfié. La matrice, prolabée couverte de sang, inversée est au dehors de l'abdomen ; à côté, git un enfant du sexe féminin. Les doigts sont fortement fléchis. Sur le côté gauche de la tête on constate un épanchement sanguin profond. Les méninges sont congestionnées, les sinus gorgés de sang. L'enfant, git, la tête en bas, sur la face, les membres inférieurs étendus le long du corps. De l'ombilic part un cordon, long de 50 centimètres, qui aboutit au placenta décollé. Le poumon plongé dans l'eau surnage.

L'auteur attribue la sortie de l'enfant à la pression exercée par les gaz développés post mortem. Il s'appuie sur ce fait que dans les accouchements ordinaires le prolapsus est un accident extrêmement rare (à Dublin sur 100,000, une fois; à Vienne sur 250,000, pas une fois, dans les registres des maternités de St-Pétersbourg et de Moscou, pas un seul fait semblable n'est rapporté). Au contraire, sur 17 accouchements chez des mortes, observés dans ce siècle, et rassemblés par Reimann, il y a eu 6 cas de prolapsus. Le résultat fourni par *l'expérience du poumon*, s'explique par les phénomènes cadavériques. L'auteur attribue la mort de la mère à l'épilepsie, qui a causé la chute et une commotion cérébrale mortelle.

Il rapporte un autre cas analogue.

En résumé, l'auteur explique la sortie de l'enfant, par la pression exercée par les gaz développés après la mort tandis que Reimann admettait, dans le travail auquel il est fait allusion, la possibilité d'un véritable accouchement chez des mortes. Russische medicine, nº, 19, 1886, et Centr. für Gynæk., nº 40, 1886.

D[r] R. Labusquière.

VARIÉTÉS

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Le bureau pour l'année 1887 est composé de la façon suivante :

Président, M. Gallard; vice-présidents, MM. Gueniot, Polaillon ; secrétaire général, M. Charpentier; secrétaire de séances, M. Labusquière ; secrétaire adjoint, M. Olivier ; trésorier archiviste, M. Dumontpallier.

Société de Médecine pratique. Bureau pour l'année 1887. — Président. M. Limousin ; 1er vice-président, M. le Dr Dujardin-Beaumetz; 2e vice-président, M. le Dr Labarthe ; secrétaire général, M. le Dr Gillet de Grandmont ; secrétaire adjoint, M. A. Champigny ; secrétaires annuels, MM. Dr Crouigneau, Dr Léon Petit, Dr Tolédano, Dr Dupont; trésorier, M. le Dr Jolly; archiviste, M. le Dr Duboys de la Vigerie.

Cours d'accouchements. — MM. Boissard et Berthod ont commencé un nouveau cours le lundi 10 janvier à quatre heures et demie, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours a lieu tous les jours à la même heure et sera complet en 40 leçons ; pour les renseignements et pour se faire inscrire, s' adresser à M. Boissard, 67 rue St-Lazare ; à M. Berthod, à la Maternité.

Cours d'accouchements. — M. le Dr Fournel, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, tous les jours à cinq heures.

Les élèves sont exercés au toucher, aux manœuvres et opérations obstétricales.

Le cours recommencera le lundi 17 janvier 1887 ; s'adresser pour renseignements et pour s'inscrire, 4, rue Suger.

Le gérant : A. Leblond.

HAVRE. — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Février 1887

La mort, qui nous a déjà si cruellement frappés, il y a un an, dans la personne du Professeur Courty, vient encore de nous enlever le Docteur Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, l'un des fondateurs de cette Revue.

Cette mort survenue d'une façon tout inopinée nous prive d'un de nos plus zélés collaborateurs. Cette perte ne sera pas moins sensible à nos lecteurs qui ont pu apprécier les qualités de ce maître éminent.

Dans notre prochain numéro, M. le Docteur Leblond, son élève et son ami, résumera l'œuvre de ce praticien distingué, qui a vulgarisé en France la science gynécologique et a tant ajouté aux travaux de ses devanciers.

LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. TILLAUX

TUMEUR KYSTIQUE DE LA CAVITÉ ABDOMINALE

DÉVELOPPÉE TRÈS PROBABLEMENT DANS UNE ANCIENNE POCHE D'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Leçon recueillie par **Eug. Regnauld**, interne du service.

La malade couchée au nº 7 de la salle Ste-Marthe est une cuisinière âgée de 35 ans. — Cette femme, d'aspect vigoureux et résistant, vint me demander au mois d'octobre dernier de la délivrer d'une tumeur abdominale qu'elle portait depuis longtemps, et qui était devenue la cause de douleurs très violentes. Ces douleurs, disait-elle, l'exaspéraient quand elle était debout et avaient pris un tel degré d'acuité qu'elle avait dû renoncer à sa profession. Un médecin, ayant une certaine expérience de la pathologie abdominale, avait diagnostiqué chez elle un corps fibreux et me l'avait adressée. Cette femme incapable de gagner sa vie et souffrant presque sans rémission depuis plusieurs mois, était décidée à subir toute opération qui pût la guérir.

Lorsque je l'examinai je constatai tout d'abord l'existence dans la région hypogastrique d'une tumeur remontant en haut jusqu'à l'ombilic, s'étendant dans la fosse iliaque droite, qu'elle occupait presque toute entière et s'arrêtant à gauche un peu au delà du pubis. Quant à sa limite inférieure, elle était inaccessible, on sentait la tumeur s'engager profondément dans le petit bassin.

Lorsqu'on cherchait à la délimiter (et pour le faire avec

profit il faut employer dans cette exploration le bord cubital de la main), on arrivait facilement à l'isoler des parties voisines. A l'exception d'un petit noyau situé vers son bord supérieur gauche, elle était parfaitement lisse et régulière. La pression à sa surface faisait constater une masse lisse, dépressible, rénitente et élastique. Prssée entre les deux mains elle était manifestement fluctuante. Enfin, caractère des plus importants, elle était immobile, et je désire attirer votre attention sur ce point de technique clinique. En effet, si on cherchait simplement à la mobiliser avec les doigts, il semblait que la tumeur se déplaçait mais ce n'était qu'une illusion : le liquide contenu dans la poche se déplaçait, venait heurter les parois du côté opposé à la pression et faisait croire à un déplacement de la tumeur; mais si avec le bord cubital de la main on cherchait à refouler en masse la production morbide, on constatait facilement qu'elle restait immobile.

En pratiquant le toucher vaginal je trouvais un col à peu près normal et légèrement dévié en avant : les culs-de-sac antérieur et postérieur étaient occupés par une tuméfaction produite en arrière par le corps de l'utérus, en rétroversion. Quant à la tuméfaction qui occupait le cul-de-sac antérieur elle était manifestement en continuité avec la tumeur constatée dans l'hypogastre et la fosse iliaque droite. Enfin le corps du l'utérus faisait dans la cavité rectale une saillie très appréciable par le toucher.

Notre tumeur était donc située entre la vessie refoulée contre le pubis et l'utérus repoussé contre le rectum. Elle adhérait fortement à l'utérus et pouvait être refoulée avec cet organe vers la cavité abdominale. La fluctuation ne pouvait être perçue entre la paroi abdominale et le cul-de-sac antérieur, fait facilement explicable par un épaississement des couches constituant la tumeur au voisinage du cul-de-sac antérieur.

Les troubles physiologiques étaient très intenses, puisqu'ils empêchaient la malade d'exercer sa profession et

l'avaient décidée à réclamer une intervention énergique s'il était nécessaire.

A quelle espèce de tumeur avons-nous affaire ? A première vue je ne vous dissimulerai pas que j'avais pensé à une tumeur fibro-kystique de l'utérus. Mais bien que la tumeur soit fluctuante et qu'il existe certaines variétés de fibromes utérins mous et de fibro-myômes de consistance également molle, je ne puis admettre ce diagnostic, car dans le cas de cette variété de tumeurs, l'utérus serait soulevé et non refoulé ; en outre la tumeur serait mobile latéralement et subirait un mouvement de bascule en sens inverse quand on mobilise le col avec le doigt.

Les accidents accusés par la malade remontant à un temps déjà éloigné nous pouvons d'emblée éliminer toute hypothèse d'abcès, et il nous reste à nous décider entre un kyste ou une collection liquide enkystée dans le péritoine.

Un kyste de l'ovaire ou du ligament large, resté peu développé, et ayant contracté par suite de poussées inflammatoires des adhérences avec le petit bassin pourrait nous donner des symptômes analogues à ceux que nous a fournis l'examen de notre malade. Mais ce sont là des cas exceptionnels, et que je ne saurais admettre ici d'autant mieux que les antécédents de la malade vont nous permettre d'arriver à un diagnostic plus probable.

Cette femme nous raconte en effet qu'il y a 10 ans, elle fut prise dans le ventre de douleurs violentes ; l'abdomen devint immédiatement très ballonné. En même temps éclataient des symptômes graves, qui nécessitèrent une ponction par la voie vaginale. Celle-ci, faite un mois après le début des accidents, donna issue à un demi-litre de liquide couleur chocolat. Il est bien probable que la malade eut à ce moment une hématocèle ante-utérine, siège un peu rare mais qui n'a cependant rien d'inadmissible. A la suite de cette affection le ventre resta toujours un peu douloureux au moment des époques. Enfin il y a 4 ans la malade vit débuter la tumeur, pour laquelle elle réclame aujourd'hui nos soins.

En tenant compte de ces antécédents si importants et des signes fournis par l'examen direct nous en arrivons à conclure que notre malade présente une tumeur liquide siégeant dans une ancienne poche d'hématocèle et localisée entre la vessie et la face antérieure de l'utérus.

Il est évident que nous n'avons pas à agir directement sur la tumeur, c'est-à-dire que nous ne ferons pas de laparotomie. Nous allons faire par la voie hypogastrique une ponction évacuatrice et exploratrice à l'aide de l'appareil de Dieulafoy. Si la tumeur se reformait, nous ouvririons la poche par la voie vaginale et nous irions y faire des lavages antiseptiques.

La ponction a donné issue à du liquide analogue à celui de l'ascite. La malade, après avoir eu de la rétention d'urine pendant 24 heures va très bien, ne ressent aucune douleur et le liquide ne s'est pas reformé.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(*suite*) (1)

Par le Dr **A. Pinard,** Professeur agrégé, Accoucheur de Lariboisière,

Et **H. Varnier,** interne des hôpitaux.

II

CYSTITE GANGRÉNEUSE ET RÉTROVERSION

A ne considérer que l'appareil symptomatique et l'anatomie pathologique de la rétroversion de l'utérus gravide on pourrait presque dire que dans cette maladie l'utérus n'est rien et la vessie est tout.

Le symptôme révélateur et dominant est, en effet, la réten-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, numéro de novembre 1886.

tion d'urine brusque ou graduelle. Cette rétention est bientôt suivie de phénomènes vésicaux qui dominent la scène, commandent le plus souvent l'intervention et peuvent présenter tous les degrés, depuis la cystite catarrhale, hémorrhagique ou purulente, jusqu'à la gangrène partielle ou totale de la paroi vésicale. C'est dans ces cas que l'on peut voir l'expulsion par l'urèthre de membranes, de lambeaux de la paroi vésicale, parfois même la rupture de la vessie, et que la mort survient, du fait des seules altérations de l'appareil urinaire, par septicémie, urémie ou péritonite.

Malgré leur importance capitale, certaines des lésions vésicales que nous venons d'énumérer sont mal connues ; nous voulons étudier ici la forme grave de cystite qui donne lieu à la formation et parfois à l'expulsion par l'urèthre de membranes, *fausses ou vraies*, et qui peut conduire à la perforation de la vessie.

Lorsqu'en novembre dernier nous commencions la publication de ce mémoire, nous pouvions écrire que les lésions vésicales en question, qui surviennent dans le cours de la rétroversion de l'utérus gravide, étaient presque inconnues en France. Nous avions, pour le croire, de sérieuses raisons dont certaines ne sauraient trouver place ici.

Il nous suffira de dire qu'on en cherchait en vain des traces dans nos traités classiques, et que c'est à peine si Charles, de Liège (1), Monod (2), Boissard (3), Chantreuil (4), Charpentier (5) leur avaient consacré quelques lignes. A notre connaissance, l'observation que nous publions était la première observation française de ce genre.

(1) Loc. cit., p. 118.

(2) Etude clinique de la cystite chez la femme, considérée spécialement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Ann. de Gynéc.*, 1880, t. I, p. 175.

(3) Etude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. Paris, Delahaye, 1883, p. 68.

(4) Leçons faites à l'hôpital des Cliniques, in-8°. Paris, Delahaye, 1881, p. 20.

(5) Traité pratique des accouchements. T. I, p. 661 et 826.

Depuis lors, dans l'article rétroversion du second volume de Tarnier et Budin (*Traité de l'Art des Accouchements*), un certain nombre des travaux et des observations publiés à l'étranger ont été analysés et forment un des chapitres les plus intéressants de ce livre. C'est la première étude sérieuse parue en France sur le sujet.

C'est surtout en Allemagne que, principalement dans ces dernières années, la question a fait l'objet de travaux nombreux et importants parmi lesquels nous citerons ceux de Kiwisch Ritter (1), de May (2), C. Kleim (3), Rosenplänter (4), Ribnickar (5), Haussmann (6), Schatz et Krukenberg (7). Les Anglais ont également contribué, mais pour une part plus faible, à l'étude de ce sujet controversé.

Nous disons controversé, car, malgré tout, la question reste encore obscure, et c'est à dissiper cette obscurité que nous voudrions nous attacher.

Quelle est en effet la nature des altérations vésicales qui nous occupent? Il y a sur ce point presque autant d'opinions que d'auteurs.

« La rétention liée à la rétroversion, dit le professeur Guyon (8), peut conduire à des cystites d'une intensité toute

---

(1) Uber primitiven Blasencroup, mit einer beobachtung mitgetheilt. — Viertjahrschrift f. die prakt. Heilkunde. Prague, 1844, Zw. Quart., p. 37.

(2) Ueber die Rückwärtsbeugungen der schwangern Gebärmutter. Diss. inaug. Giessen, 1869.

(3) Ein Fall von dissection der Harnblase Inaug. diss. Berlin, 1880 in-8°, 30 p.

(4) Cystitïdis cruposæ retroversionem uteri Gravidi subseoutæ etc. Inaug. diss. Dorpat. 1855.

(5) Reiträge zur Retroflexio uteri gravidi mit besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Blasenerkrankungen. Inaug. diss. Zürich. 1882, in-8° 69 p.

(6) Ein Fall von Diphterie der Blasenschleimhaut und darauf folgender Abstossungeines Theiles derselben. Monats. f. Geburtsk. und Frauenkr. Berlin, 1868. T. 31, p. 132.

(7) Die Gangrän der Harnblase bei Retroflexio uteri gravidi. Arch. f. Gynaek. T. 19, p. 261 à 276, 1882.

(8) Cystite chez la femme. Ann. des mal. des org. génit. urinaires. Octobre, 1886, p. 594.

particulière. C'est, en effet, très souvent dans ces conditions qu'on a observé ce remarquable phénomène qui consiste dans l'expulsion de *fausses membranes* en forme de sac, moulé sur la surface interne de la vessie. Or, la formation des *pseudo-membranes* est, comme nous le verrons, l'une des conséquences les plus remarquables de la grande intensité des cystites ». C'est-à-dire que pour le chirurgien de Necker les membranes expulsées dans ces conditions sont très souvent des « productions morbides formées de fibrine exsudée par la partie du corps qu'elles revêtent et dépourvues de toute tendance à l'organisation. Ainsi définies, les fausses membranes ne peuvent être confondues avec les membranes dues à l'exfoliation de la muqueuse vésicale » (Girard) (1).

Il est vrai qu'ultérieurement (2) M. Guyon a cité et analysé un certain nombre d'autres cas, également consécutifs à la rétroversion pendant la grossesse, et dans lesquels il y aurait eu exfoliation de la muqueuse, voire même de la paroi vésicale tout entière. De telle sorte que pour lui, les membranes observées dans les cystites graves consécutives à la rétroversion, seraient tantôt des pseudo-membranes, tantôt des membranes vraies. Toutefois, il n'a jamais eu l'occasion d'observer de ces dernières.

« J'ai vu sans doute des malades, hommes ou femmes, rejeter, au cours de cystites graves des fausses membranes plus ou moins étendues, mais ces fausses membranes étaient loin d'avoir la structure de la muqueuse vésicale. Elles n'en étaient que des exsudats plus ou moins comparables à ces néo-membranes qui se forment si communément dans les inflammations des séreuses » (3).

Tarnier et Budin ne parlent que de cystite gangréneuse.

(1) De la cystite pseudo-membraneuse. Th. Paris, 1877, n° 180.

(2) Ann. des mal. des org. génit. urin. — Novembre 1886, p. 637 et 645.

(3) Voir également dans le numéro de février du Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (p. 57), l'analyse par Paul LUCAS-CHAMPIONNIÈRE d'une clinique du professeur GUYON, sur la cystite pseudo-membraneuse.

Il n'est pas question une seule fois, dans le chapitre cité plus haut, de pseudo-membranes, et on n'y trouve aucune mention des observations de Zeitfuchs, Kiwisch, Baynham, Rosenplänter dans quelques-unes desquelles l'examen histologique aurait démontré qu'il s'agissait réellement de cystite pseudo-membraneuse.

Voilà, pour la France, deux opinions considérables et toutes récentes qu'il est malaisé d'accorder. Mais au moins n'avons-nous ici à hésiter qu'entre deux termes clairs et nettement définis : cystite gangréneuse, cystite pseudo-membraneuse.

En Allemagne, c'est bien autre chose, et naturellement la question est posée en termes plus complexes. Nous voyons en effet intervenir ici ces malheureuses dénominations qui ont tant contribué à obscurcir l'histoire de l'angine diphtéritique et de la diphtérie laryngée.

Comme formes spéciales de cystite chez la femme, Winckel (1) décrit à part la *forme croupale et la forme diphtéritique* (2). Elles sont limitées ou étendues à toute la surface interne de la vessie. Dans la cystite croupale, on trouve, tapissant la surface de la muqueuse enflammée, une couche fibrino-celluleuse occupant quelquefois une étendue telle qu'un moule total de la vessie est expulsé.

Dans la diphtérite de la vessie on voit çà et là sur la muqueuse vésicale des taches circonscrites d'un jaune sale ; l'exsudat pénètre dans l'épaisseur des tissus, la muqueuse environnante est souvent injectée de sang, la musculeuse et la séreuse sont infiltrées, et lorsque l'infiltrat se détruit il se produit des ulcérations.

---

(1) F. Winckel. Die Krankheiten der Weiblichen Harnröhre und. Blase in Billroth et Luecke, Deutsche Chirurgie, Lief. 62, p. 196. Stuttgart, 1885.

(2) Voyez également sur ce sujet :

C. Rokitansky. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Tome 3, p. 364. Vienne, 1861, 3e éd.

E. Klebs. Handbuch der pathologischen Anatomie. T. I, p. 697. Berlin, 1869.

A. Forster. Lehrbuch der pathologischen Anatomie, p. 478, 9e éd. Iéna, 1873.

Dans la forme croupale aussi bien que dans la diphtéritique, survient un décollement partiel ou total de la muqueuse vésicale.

Les cas de croup vésical avec élimination de la muqueuse sont décrits par Kiwisch, Wittich et autres. Ceux de Tulpius, Ansiaux, Baynham et Zeitfuchs manquent d'examen anatomique.

Là où l'examen microscopique de la membrane expulsée établit que non seulement la couche superficielle de la muqueuse, mais encore une partie de la musculeuse a été expulsée, et où les tissus exfoliés sont traversés par des filaments ténus de fibrine, il ne peut s'agir que d'une diphtérite de la vessie (cas de Haussmann, Spencer Wells, Barnes, Harley, W. Martyn, Luschka, Schatz et autres).

La cystite croupale avait été déjà étudiée dans la rétroversion, en 1844, par Kiwisch Ritter, sous le titre de croup vésical primitif. Cet auteur la rapproche jusqu'à un certain point des inflammations de même nature qu'on observe sur la muqueuse respiratoire, il l'assimile à celles qui compliquent la paraplégie avec paralysie de la vessie, bien que dans ces derniers cas l'affection ne se borne pas au processus croupal de la muqueuse, mais aille jusqu'à la cystite totale avec tendance à la gangrène. Il en serait de même dans les rétrécissements de l'urèthre, et l'affection calculeuse de la vessie. En tout cas, pour l'auteur allemand, ce croup primitif vésical doit être absolument distingué des exsudations secondaires qui surviennent, à la suite d'inflammations croupales d'autres muqueuses dans les maladies générales, comme la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, les exanthèmes aigus et la pyohémie.

Haussmann tend, contrairement à Kiwisch, à faire rentrer tous les cas de cystite membraneuse rapportés jusqu'à lui au cours de la rétroversion, dans la diphtérie vésicale, qui s'observerait non seulement après les rétentions d'urine consécutives aux accouchements laborieux ou à la rétroversion de l'utérus gravide, mais aussi, comme le croup primitif

de Kiwisch, après les rétentions d'urine suite de l'hypertrophie prostatique et des rétrécissements de l'urèthre, etc. On les observerait encore quelquefois dans la fièvre typhoïde, etc. Enfin elles seraient la terminaison de ces modifications de l'urine qui, comme Traube l'a signalé le premier, surviennent à la suite de l'emploi d'un cathéter septique.

Plus récemment Ribnickar (1882) rejette complètement pour les cas graves de rétroversion de l'utérus gravide où on a rencontré la nécrose et le décollement de parties de la paroi vésicale, l'appellation de cystite diphtéritique qui, pour lui, n'est justifiée ni par les résultats des examens anatomo-pathologiques ni par les phénomènes cliniques. Il n'y a, à son avis, aucune raison de désigner sous le nom de diphtérie ce processus qui est en réalité une inflammation gangréneuse, une cystite ulcéreuse, une cystite gangréneuse. Quant à la cystite croupale il n'y fait pas la moindre allusion.

Il est à coup sûr impossible de se retrouver dans un pareil chaos.

En Angleterre, la question est un peu plus simple. Depuis la discussion soulevée en 1861-62 à la Société obstétricale par Spencer Wells (1) et l'enquête faite en 1871 par le British medical Journal, on n'a plus guère envisagé les membranes expulsées dans la rétroversion que comme des membranes vraies, et presque toutes les observations anglaises sont publiées sous le titre d'*Exfoliation of the bladder*. Le travail qui résume le mieux les idées de nos voisins sur ce sujet est dû à un élève de Matt. Duncan, M. J. B. Hurry de St-Bartholomew's hospital (2). Sous les noms de cystite croupale, diphtéritique, pseudo-membraneuse, plastique, exsudative, on a groupé, dit-il, un certain nombre de cas dans lesquels des substances semblables à des membranes ont été expulsées de la vessie (Coulson, Gross, Thompson). C'est à tort

(1) Obstetr. trans. T. 3, p. 354 et 417.

(2) On exfoliating Cystitis with a case. — Edinb. med. Journ.; 1883-84. p. 1000 à 1008.

qu'on a employé ces termes. S'il est vrai que dans quelques cas les membranes en question sont dues à une *exsudation*, auquel cas on peut les appeler *fausses membranes*, il n'en est pas moins vrai que le plus souvent elles sont formées par la muqueuse avec le tissu sous-muqueux, qu'elles peuvent même comprendre de larges portions de la musculaire. Il est antiscientifique d'appeler toutes ces variétés diphtéritiques ou de leur donner l'une quelconque des dénominations susindiquées. Si les termes cystites diphtéritique, croupale ou pseudo-membraneuse sont admissibles, ils doivent être réservés aux cas dans lesquels une pellicule est formée par une exsudation de la muqueuse, bien que même alors il soit peut-être préférable d'appliquer seulement le terme de diphtéritique aux cas dans lesquels il existe en même temps des fausses membranes sur d'autres surfaces muqueuses. Aussi Hurry propose-t-il le nom de *cystite exfoliante* pour les faits dans lesquels une ou plusieurs couches de la vessie sont expulsées.

L'exposé précédent suffit à prouver que la question des cystites graves dans la rétroversion reste encore obscure. Nous pourrions montrer que la même obscurité règne sur l'histoire de la cystite pseudo-membraneuse en dehors de la rétroversion, dans la fièvre puerpérale, dans les maladies générales, etc. Mais nous renvoyons pour le moment le lecteur à la thèse de Girard qui est le seul travail d'ensemble que nous connaissions en France sur la cystite pseudo-membraneuse. Cette partie étroitement connexe au sujet qui nous occupe viendra, à son heure, dans une monographie que nous comptons écrire ultérieurement. Nous bornant pour le moment à la rétroversion, nous croyons qu'on nous saura gré de démontrer :

1° Qu'il n'existe pas une seule observation probante de cystite pseudo-membraneuse (croupale des allemands) dans la rétroversion de l'utérus gravide.

2° Que dans tous les cas où les membranes ont été examinés avec soin, il s'agit de membranes vraies, organisées,

comprenant soit la muqueuse seule, soit la muqueuse et la musculeuse, soit la muqueuse, la musculeuse et le péritoine.

3° Qu'on trouve tous les intermédiaires entre le décollement. l'exfoliation de la muqueuse et la perforation ou la rupture de la vessie; que ces lésions, en apparence différentes, ne sont que des degrés divers d'une seule et même maladie, la *cystite gangréneuse*, et que, pour comprendre l'histoire des cystites graves consécutives à la rétroversion, il ne faut pas, comme l'a fait Krukenberg, décrire à part la gangrène vésicale en la limitant aux seuls cas de perforation de la vessie.

4° Que la tendance à la gangrène spéciale aux cas qui nous occupent est due à la compression exercée par l'utérus rétroversé sur les vaisseaux de la vessie, et cela en vertu de leurs rapports avec la paroi osseuse de l'excavation pelvienne et de leur mode de distribution.

Nous avons rassemblé 22 observations de rétroversion de l'utérus gravide dans lesquelles des membranes ont été soit expulsées par l'urèthre pendant la vie, soit trouvées dans la vessie après la mort.

Ces 22 observations peuvent été divisées en deux groupes.

Le premier comprend les cas qui ont été donnés par les auteurs ou cités ultérieurement comme des exemples de cystite pseudo-membraneuse (cystite croupale des allemands).

Le second, de beaucoup le plus nombreux, renfermera les observations qui, avec ou sans examen histologique à l'appui, ont été rapportées ou citées comme des exemples d'exfoliation de la vessie.

Il est absolument indispensable, pour rendre la démonstration que nous voulons faire évidente, que nous donnions une courte analyse de tous ces faits.

A. — Cas donnés par leurs auteurs ou cités ultérieurement comme des exemples de cystite pseudo-membraneuse.

(*Cas de Baynham, Zeitfuchs, Wardell, Kiwisch Ritter, Rosenplänter.*)

OBSERVATION I

Baynham (de Birmingham).

A case of retroverted uterus treated by Puncture of that organ, with remarks on the Circumstances which indicate the employment of that operation (1).

Hannah Martin, 30 ans, entre au Dispensaire général, le 28 mars 1828. Secondipare, enceinte de 6 mois.

A quatre mois et demi, en faisant un effort violent, cette femme ressent une violente douleur dans le bas-ventre. Deux jours après rétention brusque d'urine. La rétention fut d'abord incomplète et ce n'est qu'un mois après le début des accidents que fut pratiqué le premier cathétérisme qui donna issue à 8 pintes d'urine.

Etat à l'entrée : La malade, qui n'a pas quitté le lit depuis trois semaines, est dans un état général très mauvais. Troubles vésicaux. Compression pelvienne énorme par l'utérus déplacé. Toucher rectal impossible, chute du rectum.

Il est impossible de réduire l'utérus rétroversé. Ponction de l'utérus par le rectum. Réduction manuelle immédiate. Avortement le lendemain.

Après l'avortement le cathétérisme ne fut pratiqué qu'une seule fois et évacua une pinte d'urine toujours très altérée. Depuis lors incontinence qui persista environ 6 semaines. Persistance de douleurs pelviennes intenses.

L'écoulement vaginal très abondant et l'écoulement continuel de l'urine produisirent des excoriations et des douleurs. Ce n'est qu'au bout d'un mois que l'urine perdit sa fétidité.

Des masses considérables de lymphe coagulée (coagulated

(1) Edinb. Med. and surg. J. Avril 1830. T. 33, p. 256.

lymph.) *furent souvent expulsées, et à plusieurs reprises des fragments de membrane régulièrement organisée qu'on prit à tort pour des portions de la vessie, mais que l'issue ultérieure de la maladie* (*subseqent events*) *montra n'être que des parties du vagin.*

A la fin d'avril elle put garder un peu d'urine dans sa vessie et, en une quinzaine de jours, la miction redevint presque normale, sort de l'hôpital le 7 mai.

Si nous avons rapporté cette observation c'est qu'elle a été interprétée par Zeitfuchs (1) comme un cas de cystite pseudo-membraneuse. Cet auteur pense, en effet, qu'il y a eu méprise de la part de Baynham et qu'ici, comme dans le cas suivant, il s'agissait bien d'exsudats plastiques venant de la vessie. Mais même en acceptant cette origine vésicale nous ne pouvons admettre comme fausse membrane, en dehors de tout examen histologique, ce que Baynham assure être une membrane régulièrement organisée.

Observation II

Zeitfuchs. — Ein Fall von retroversio uteri gravidi (2).

L. 38 ans, 6e grossesse.

Etant enceinte de trois mois, cette femme commence à éprouver des troubles urinaires.

20 décembre : Rétention complète depuis la veille. Cathétérisme à l'aide de la sonde d'argent. Diagnostic : rétroversion de l'utérus gravide. Tentatives vaines de réduction manuelle.

Le 21. Cathétérisme. Nouvelles tentatives infructueuses. Les quatre jours qui suivent, même état.

Le 26. Nouvelles tentatives de réduction sans résultat. Cathétérisme deux fois par jour.

Le 1er janvier on parvient enfin à remettre l'utérus en place.

Convalescence.

(1) Voir l'observ. suivante.

(2) A. E. von Siebold's Journ. f. Geb. T. XIII, 1833, p. 99 à 130.

Dans les premiers jours de la convalescence, dit l'auteur, il m'avait été montré un morceau d'une membrane assez solide, formée de mucus blanc sale, de la grosseur d'un écu de six livres. On me disait que cette membrane était venue du vagin. J'avais pensé qu'elle avait pris naissance au niveau du méat urinaire.

Mais bientôt j'eus l'occasion d'être édifié sur ce point. Le 20 janvier, en effet, je fus mandé de bon matin chez ma malade où j'assistai à un spectacle surprenant. *Des organes génitaux sortait une membrane blanche, enroulée, de la longueur d'un demi-pied, qu'un examen minutieux me montra venir de l'urèthre et que je reconnus aussitôt pour le pendant de la petite membrane antérieurement expulsée.*

Je tordis cette membrane quelquefois sur elle même et en tirai la fin, qui était encore longue de quelques pouces, complètement hors de l'urèthre. Déplissée dans un vase d'eau claire, elle présentait une telle grandeur qu'elle devait avoir revêtu toute la surface interne de la vessie. En quelques points elle était teinte de sang et recouverte d'un amas de graviers fins et gros. Pendant toute la nuit la malade avait fait des efforts violents pour expulser ce corps étranger.

A partir de ce jour, amélioration marquée.

La grossesse alla à terme sans nouvel incident. La femme accoucha le 14 juin d'une fille vivante se présentant par le sommet, et, trois heures après, d'un garçon mort se présentant par les pieds. Suites de couches normales.

Depuis lors santé excellente.

Pour Zeitfuchs ces *pseudo-membranes*, évidemment composées d'exsudats plastiques, s'expliquaient par l'irritation presque poussée jusqu'à l'inflammation de la muqueuse de la vessie et de l'urèthre.

« A cette occasion, qu'il me soit permis, ajoute-t-il, d'appeler l'attention sur une méprise de Baynham qui, dans un cas ayant la plus grande analogie avec le nôtre, crut que les pseudo-membranes venaient du vagin. »

En dépit de l'affirmation de Zeitfuchs et de l'opinion de Kiwisch Ritter qui cite cette observation comme un exemple de croup vésical primitif nous considérons ce second fait comme

nul et non avenu, attendu qu'il manque comme le précédent de contrôle histologique.

Observation III

Wardell (1).

Une femme enceinte de 3 mois 1/2, atteinte de rétention d'urine, est admise à l'infirmerie de Tunbridge Wells; une notable quantité d'urine fétide est retirée de la vessie par le cathétérisme. Avortement.

Les mictions deviennent continuelles, le passage de l'urine est douloureux et le liquide est chargé de mucus. Douze jours après l'avortement la malade accuse des douleurs très fortes au-dessus du pubis. Le lendemain on appelle un chirurgien à cause de la persistance de ces vives souffrances. Le toucher vaginal fait constater la présence d'une *masse molle à l'entrée du vagin.* En pratiquant l'examen local, le docteur de Havilland Hall s'aperçut non sans étonnement que *cette masse sortait du méat urinaire. Au bout d'une demi-heure elle fut complètement expulsée.* A ce moment un jet d'urine s'échappa avec force. Un soulagement immédiat suivit et la malade guérit complètement.

La masse expulsée ressemblait exactement à la membrane muqueuse de la vessie qui aurait été rendue tout d'une pièce.

Wardell regarde cette production comme un exsudat plastique croupal (as a croupous plastic exudation) analogue à ces moules qu'on voit parfois expulsés de la trachée, des bronches, etc.

La membrane n'a pas été examinée histologiquement. Cette observation doit, par conséquent, être mise au même rang que les deux précédentes.

---

(1) British. med. Journ. 10 juin 1871.

OSERVATION IV

Kiwisch Ritter von Rottereau.

Grég... Mariana, 28 ans, antérieurement bien portante, est admise le 15 décembre 1843 dans la division des maladies des femmes. Enceinte depuis le mois d'août, elle ne ressentit rien d'anormal jusqu'à 8 jours avant son entrée à l'hôpital. A cette époque, en essayant de soulever un sac de farine, violente douleur dans la région sacrée. Depuis lors elle n'expulsa plus librement son urine et éprouva dans le bassin la sensation d'un corps étranger qu'elle put à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin repousser en arrière. A la suite, issue de quelques gouttes d'urine déterminant une sensation de cuisson.

L'ischurie dura ainsi 3 jours et ce n'est qu'alors qu'un chirurgien retira de la vessie à l'aide d'un cathéter plusieurs litres d'une urine brun-rouge, trouble, puante. L'ischurie persistant et les douleurs augmentant dans la région vésicale, la malade fut envoyée à l'hôpital le 15 décembre.

A son entrée, elle est très agitée, se plaint de douleurs intolérables dans le voisinage de la vessie et l'urèthre, douleurs qu'elle s'efforce de calmer en s'accroupissant sur les genoux. L'examen montre l'utérus profondément enfoncé dans le vagin, la portion vaginale portée en avant de telle sorte que l'orifice du col ne put être découvert qu'avec peine derrière le pubis.

Une partie du corps de l'utérus est enclavée dans le bassin dont elle remplit complètement la cavité. On ne peut sans violence introduire profondément le doigt dans le rectum. L'orifice utérin est complètement fermé; ses lèvres sont fermes et dures. Dans la région hypogastrique on sent le corps de l'utérus de la grosseur d'une tête d'adulte, mou, non douloureux, remontant jusqu'à deux pouces au-dessous de l'ombilic et offrant la configuration normale d'un utérus gravide de 5 mois.

Devant l'utérus est la vessie très distendue, fluctuante, douloureuse. En dehors d'une légère accélération du pouls, il n'existe pas de réaction générale.

L'urine extraite par le cathétérisme est d'un brun sale, trouble, sédimenteuse et exhale une forte odeur ammoniacale.

On s'attacha d'abord à combattre l'inflammation commençante de la vessie; on ordonna des sangsues, des bains, des cataplasmes chauds, des lavements, des boissons mucilagineuses et opiaciées.

L'introduction du cathéter devint de jour en jour plus difficile et plus douloureuse, l'urine prit une apparence plus mauvaise. La sonde d'argent ressortait teinte en noir, l'odeur ammoniacale était de jour en jour plus insupportable et l'urine laissait déposer un sédiment formé de sang, de pus, de cellules épithéliales, d'exsudats floconneux, de mucus et de sels urinaires amorphes et cristallins. Après chaque introduction du cathéter et chaque évacuation de la vessie, la douleur augmentait à tel point qu'on ne pouvait maîtriser la malade qui se précipitait dans le bain préparé, pour y trouver quelque soulagement. L'urèthre toujours plus tuméfié formait derrière le pubis une tumeur très douloureuse, dure, épaisse comme deux doigts. L'orifice du méat était très rouge, très œdémateux et très sensible.

Après plusieurs tentatives infructueuses pour réduire l'utérus à l'aide d'un ou deux doigts poussés dans le rectum, je me décidai à faire mettre la malade dans la position genu-pectorale et à introduire dans le rectum toute ma main à l'exception du pouce. J'y parvins sans difficulté notable et sans causer trop de douleur et je pus alors aisément remettre l'utérus en place complètement. La malade rendit alors beaucoup de gaz et se trouva allégée.

Après la réduction on maintint aussi longtemps que possible la position genu-pectorale. Mais par suite de la grande agitation de la malade, de ses efforts violents et involontaires, et presque ininterrompus pour expulser l'urine, l'utérus revint au bout de quelques heures à sa situation anormale antérieure et il ne se produisit pas d'amélioration.

Les jours suivants, cinq tentatives de réduction faites de la même façon furent suivies du même résultat. Et on y renonça.

Dans l'intervalle était survenue, et déjà dès le 5e jour après l'entrée à l'hôpital, de l'incontinence d'urine. La malade vidait sa vessie en pressant violemment avec la main sur l'hypogastre et l'urine s'écoulait, en causant des douleurs cuisantes, partie dans le lit, partie sur le plancher où la malade se mettait à genoux. On ne pouvait plus introduire la sonde sans user de violence, et on la retirait couverte de sang et d'exsudats floconneux sans avoir rien obtenu. L'urèthre était toujours plus tuméfié, le méat recouvert

d'exsudats croupaux ainsi que les organes génitaux externes. La petite lèvre gauche présentait une ulcération recouverte d'un exsudat sanieux.

L'état de la malade empire de jour en jour. Elle passe toutes ses nuits à genoux sur le plancher ou au bord du lit, souffrant beaucoup et réclamant la mort.

Le 25 décembre, on décide de provoquer l'avortement. Introduction d'une sonde. Evacuation le 30 décembre de 3 livres de liquide amniotique. La malade se sent un peu soulagée. Déjà le 29, amélioration dans les troubles urinaires ; il sortit de gros exsudats floconneux mélangés à un sédiment urinaire granuleux.

Le 1er janvier, réapparition de l'ischurie ; distension très douloureuse de la vessie. La malade est presque folle de douleur et fait des efforts très pénibles.

En examinant alors les organes génitaux, on vit *qu'une membrane épaisse, dure, d'un blanc grisâtre saillait hors de l'urèthre. La malade croyant ainsi hâter l'avortement en avait déjà arraché quelques fragments. L'assistant, Dr Lauge, retira de l'urèthre la partie restante qui formait un rouleau dur, de la grosseur d'un œuf de pigeon et fit une grande résistance.* Immédiatement sortirent 3 livres d'urine puante.

La masse extraite, plus large que deux fois la paume de la main, formait un sac incomplet, percé de trous, membraneux, dont la forme rappelait celle d'une vessie remplie avec le commencement de l'urèthre. L'épaisseur de la membrane variait de 1 *à* 3 *lignes ; sa consistance et sa cohérence étaient considérables, de telle sorte qu'elle ne pouvait être déchirée ni par pressions, ni par tractions.*

La surface interne a l'apparence d'une muqueuse rongée par des ulcérations profondes, est inégale, veloutée, recouverte en partie par une sanie puante, par des cristaux et des sédiments urinaires amorphes; la surface externe est gris blanchâtre, un peu floconneuse.

A l'examen microscopique la masse est trouvée formée d'*exsudats croupaux*, DE PORTIONS DE LA MUQUEUSE VÉSICALE, de pus, de sanie, de mucus et de sédiments urinaires.

L'état général après l'expulsion de cette membrane ne fut pas considérablement amélioré : douleurs cuisantes pendant l'expulsion de l'urine, fièvre légère, grande sensibilité du bas-ventre : seule-

ment le gonflement de l'urèthre était moindre, et l'ulcération entourant le méat s'était détergée.

Malgré l'écoulement de la grande quantité de liquide amniotique du 30 décembre et l'administration répétée d'ergot à hautes doses l'avortement n'était pas encore fait le 8 janvier. Il y avait seulement un raccourcissement général du col qui indiquait quelque préparation à cet avortement lequel se produisit enfin, le 11e jour après l'écoulement du liquide amniotique et presque sans hémorrhagie, grâce à l'introduction d'une nouvelle sonde. Le fœtus de cinq mois et le placenta furent rapidement expulsés.

Si, déjà avant l'avortement, l'état de la malade s'était amélioré au point que l'urine s'écoulait sans déterminer des brûlures aussi vives, et qu'elle pouvait reposer un peu la nuit, il n'en est pas moins vrai que le mieux ne devint manifeste qu'après l'avortement. 4 jours après la malade était totalement apyrétique, plus gaie, entièrement délivrée de ses douleurs. Elle pouvait uriner volontairement par petites quantités, et l'application du cathéter, maintenant facile, ne déterminait qu'une légère cuisson.

Le 17 janvier la malade se lève. Elle ne peut conserver son urine plus de 2 heures et, sauf une légère cuisson, elle urine tout à fait bien. L'examen externe et l'introduction de la sonde ne font rien découvrir d'anormal du côté des voies de l'urine qu'un peu de sensibilité. L'urine est encore trouble, mais tout à fait dépourvue d'odeur ammoniacale.

N'est-il pas évident qu'il est impossible d'admettre cette dénomination de croup vésical primitif (autrement dit cystite pseudo-membraneuse) appliquée à un cas dans lequel la membrane expulsée présente une consistance et une cohérence telles qu'elle ne peut être déchirée ni par pression, ni par traction, une surface interne ayant l'apparence d'une muqueuse rongée par des ulcérations profondes ; d'ailleurs l'auteur dit lui-même qu'à l'examen histologique cette membrane s'est trouvée formée de portions de la muqueuse vésicale. Ces portions de la muqueuse vésicale avaient à coup sûr une certaine étendue puisque Kiwisch Ritter ajoute plus loin : « La marche de la maladie dans notre cas laisse supposer que la guérison est suivie d'une cicatrisation partielle

et d'une reproduction épithéliale générale sur la paroi interne de la vessie, le tout s'accompagnant d'une rétraction de la vessie, car manifestement des parties de la muqueuse ont été détachées... ».

C'est donc à tort, selon nous, que ce fait serait considéré comme une observation de cystite croupale non sujette à contestation.

Il a été interprété de façons très diverses par les auteurs qui y ont fait allusion. Nous avons vu déjà comment Winckel (1), tout en le citant comme un cas de cystite croupale, s'appuie sur lui pour avancer que, dans la forme croupale comme dans la diphtéritique, il survient un décollement partiel ou total de la muqueuse vésicale. Dès lors il n'y aurait plus entre les deux processus, cette distinction nette et absolue que nous admettons en France avec Girard, Laboulbène, Robin, etc., entre la cystite pseudo-membraneuse et l'exfoliation de la muqueuse vésicale.

D'autre part, dans la thèse inaugurale d'Otto Mauer (2), l'observation de Kiwisch Ritter est donnée comme un exemple d'exfoliation de la muqueuse vésicale.

Observation V

Rosenplänter.

Cystitidis cruposæ retroversionem uteri gravidi subsecutæ casus singularis.

R. P., 35 ans, entre le 16 septembre 1854 à l'hôpital de Dorpat, pouvant à peine marcher, se plaignant de douleurs vives dans l'abdomen et la région sacrée, de difficultés pour uriner et pour aller à la selle.

Elle est enceinte de 3 mois et pour la 4e fois.

Examen. —Ventre développé comme à 5 ou 6 mois. Matité remon-

(1) Ueber die Exfoliation der Blasenschleimhaut. D. I. Berlin, 1880, in-8°, 31 p.

(2) Dissert. inaug. Dorpat, 1856.

tant presque jusqu'à l'ombilic et due manifestement à la vessie distendue. Au toucher, paroi vaginale postérieure refoulée en avant par un corps rond, difficile à mobiliser, remplissant presque tout le bassin et comprimant le vagin au point que le doigt peut très difficilement la contourner en avant. La portion vaginale du col presque horizontale est collée contre la symphyse pubienne; l'orifice est appliqué contre cette dernière. Le doigt atteint avec peine la lèvre postérieure.

Les antécédents n'apprennent presque rien. La grossesse avait été normale jusqu'à quatre semaines et demie avant l'entrée à l'hôpital. A cette époque la malade fut réveillée une nuit par des douleurs très violentes dans le ventre, douleurs bientôt suivies de constipation opiniâtre et de difficultés à uriner. Les premiers jours l'urine s'écoulait goutte à goutte et après des efforts très violents. Par la suite, chaque fois qu'elle sentait sa vessie pleine, elle avait recours, pour expulser une petite quantité d'urine, à une manipulation qu'elle ne peut nettement indiquer. Depuis quatre semaines elle n'urine pas spontanément.

Les accouchements et les grossesses antérieurs ont été normaux.

Diagnostic : Rétroversion de l'utérus gravide.

Tout d'abord on s'occupe de vider la vessie ; on y arrive sans grandes difficultés, mais au lieu d'une sonde de femme qui ne donnait que quelques gouttes d'urine, on se sert d'une sonde d'homme avec laquelle on retire plusieurs litres d'urine épaisse, trouble, à odeur ammoniacale : La partie du cathéter d'argent qui avait pénétré dans la vessie était noire.

La vessie vidée, on tente la réduction manuelle de l'utérus qui réussit facilement, la femme étant dans le décubitus dorsal. La malade déclare être soulagée.

Toutes les trois ou quatre heures, cathétérisme. Incontinence dans l'intervalle des cathétérismes.

17 septembre. Même état. *De l'urèthre pend une toile membraneuse, solide, difficile à déchirer, de coloration gris blanchâtre. Il est évident que la plus grande partie de cette membrane est retenue dans la vessie et trop considérable pour être extraite par l'urèthre. On ne peut l'enlever. Le cathéter ne peut être introduit sans la refouler dans la vessie.*

Le 18. Pas d'aggravation. Le cathétérisme ne donne que peu d'urine à cause de l'émission involontaire continuelle qui, aux

douleurs violentes de la vessie, vient en ajouter d'autres dues à l'excoriation des organes génitaux externes. Douleurs très vives pendant l'introduction de la sonde dans l'urèthre.

Le 20. Avortement sans hémorrhagie. Fœtus mâle très macéré.

A la suite, rétention d'urine et douleurs vésicales très violentes. On conclut à l'occlusion de l'urèthre ou du col. Le soir, expulsion du placenta.

21 septembre. L'urine ayant commencé à couler involontairement, la malade a pu dormir. Ischurie et anurie alternantes. Douleurs moindres. Cathétérisme toutes les trois ou quatre heures. Tantôt il sort un peu d'urine, tantôt rien. Lavage de la vessie avec une décoction de pavot.

La rémission ne fut pas longue. *On coupe une partie de la membrane qui fait issue au dehors et comme il est impossible d'avoir le reste on est forcé de le rétropulser pour introduire le cathéter.*

Le 22. La malade n'a pu dormir. En effet, la membrane dont il a été parlé ayant été de nouveau poussée dans l'urèthre a suscité les douleurs les plus vives et les efforts les plus violents; de telle sorte *qu'enfin cette membrane est expulsée à 5 heures du matin.* Immédiatement après, rémission.

A la suite, expulsion involontaire et continuelle d'une grande quantité d'urine, si bien que le cathétérisme n'en retire plus que quelques gouttes. L'urine n'a plus la même odeur qu'auparavant. Douleurs beaucoup plus supportables; la malade repose et ne souffre que lors de l'introduction du cathéter.

Le 23. Amélioration notable. L'incontinence persiste. On ne fait plus ni cathétérisme, ni lavages à partir de ce jour.

Le 24. Plus de fièvre ; la malade retient ses urines.

Le 26. Rétention. Cathétérisme ; il sort une certaine quantité d'urine purulente avec un peu de sang. Les injections vésicales sont reprises.

Le 27. Expulsion du placenta. Urines sanguinolentes. Plus d'injections.

Le 28. Frisson. Sulf. de quinine.

Le 29. Plus de fièvre.

Le 30. Va bien ; retient ses urines mais les envies sont pressantes. La malade doit uriner de suite.

En octobre. Pneumonie. Convalescente le 10. Sort de l'hôpital le 18.

Description de la membrane expulsée de la vessie.

Longueur 1 pied, épaisseur variable. Elle a une forme ovalaire ; ses bords sont dilacérés. Mise à plat elle ne peut être complètement étalée, la partie médiane dépassant alors les autres de telle sorte que la membrane prend la forme d'un sac qui, bien que lacéré de toutes parts, ne l'est cependant point assez pour qu'on puisse l'aplatir complètement. Toute la membrane, mais surtout une de ses faces est recouverte de sels ; elle n'est pas partout continue mais çà et là, surtout dans une moitié, elle est perforée et presque déchirée. Les orifices ont la plupart quelques lignes de diamètre. On ne peut démontrer que certains de ces orifices soient ceux des uretères.

La face de la membrane qui est recouverte de la plus grande quantité de sels est assez égale, en quelques points seulement rugueuse.

Çà et là on trouve de petites dépressions qui correspondent aux endroits minces de la membrane. Les sels sont plus abondants au niveau des bords. L'autre face est plus inégale et plus sinueuse ; de ce côté la membrane est formée de fibrilles très ténues, semblables à des fils, arrivant presque à former une toile celluleuse de telle sorte qu'elle a l'apparence de laine tressée. Ici encore les sels sont plus abondants vers les bords.

A l'examen histologique les sels adhérents à la membrane sont presque exclusivement formés de phosphates tribasiques avec çà et là quelques cristaux d'acide urique. Toute l'épaisseur de la membrane est infiltrée de ces cristaux ; mais leur volume et leur nombre sont si petits qu'on ne peut dans l'intérieur de la membrane ni les voir, ni les toucher.

L'examen à l'œil nu nous permet déjà de soupçonner que cette membrane n'est pas une membrane vraie, organisée, expulsée du corps, comme par exemple, la muqueuse vésicale ou une partie de la musculaire, mais est plutôt formée par un exsudat coagulé, car on n'y peut découvrir aucun vestige de structure organique.

Le microscope confirme absolument cette conjecture, car partout la membrane présente la texture qui est propre à la fibrine ou à l'albumine coagulée. Nulle part, sur aucune des faces, ni dans l'épaisseur de la membrane, on ne trouve le

moindre vestige de cellules épithéliales. Çà et là seulement on peut reconnaître de petites portions de fibres conjonctives (hic illic tantum exiguœ fibrarum telœ conjonctivœ portiones cognosci potuerunt); quant à des fibres élastiques soit isolées, soit en réseau, à des fibres conjonctives entrelacées telles qu'on les trouve dans la membrane muqueuse vésicale on n'en peut trouver nulle part. D'ailleurs les tractus conjonctifs ne se voient qu'isolés dans cette masse de telle sorte que dans quelques-unes des préparations on n'en voit pas trace. Pas de vaisseaux ni de nerfs. Toute la membrane en un mot a l'apparence d'un exsudat coagulé) (exsudati coagulati speciem prœ se tulit quod veluti massa omnimo emortua ex organismo propulsum esset.)

On remarquera ici encore que la toile membraneuse en question était solide, difficile à déchirer.

Ce n'est pas, dit l'auteur, une membrane vraie, organisée, expulsée du corps. On n'y peut découvrir nulle part le moindre vestige de structure organique. Mais comment nous expliquera-t-il alors au sein de cette pseudo-membrane la présence çà et là de fibres conjonctives isolées ?

Il n'y avait, dit-il, en aucun point de cellules épithéliales. Mais on verra par la suite que dans les cas bien avérés d'exfoliation de la muqueuse il a parfois été impossible de trouver trace de l'épithélium partout détruit par l'inflammation.

Un argument qui nous toucherait davantage serait que nulle part on n'a pu découvrir de fibres élastiques, de vaisseaux ni de nerfs, s'il n'existait pas une observation de Krukenberg, que nous rapporterons plus loin, dans laquelle il a été impossible de retrouver un seul élément anatomique bien que la membrane expulsée fut sans contestation un morceau de la paroi vésicale.

Enfin et ceci s'applique aux quatre cas qui précèdent, à défaut de preuve anatomique rien dans les caractères macroscopiques des membranes expulsées, rien dans la symptomatologie, la marche et l'étiologie ne permet de les sépa-

rer des cas que nous décrirons plus loin sous le nom de cystite gangréneuse.

Nous croyons donc suffisamment démontrée notre première proposition.

« *Il n'existe pas une seule observation probante de cys-* « *tite pseudo-membraneuse consécutive à la rétroversion* « *de l'utérus gravide.* »

Etudions maintenant les cas décrits et cités partout sous les noms d'exfoliation de la muqueuse vésicale, cystite exfoliante, cystite diphtéritique, cystite gangréneuse.

Ces cas peuvent être divisés en deux catégories :

1° Ceux dans lesquels, sans qu'il soit question d'examen histologique, l'auteur a pensé avoir affaire à une exfoliation de la muqueuse vésicale.

2° Ceux dans lesquels un examen histologique sérieux a prouvé que la membrane expulsée ou retenue était formée de la muqueuse vésicale seule ou doublée de la musculeuse et parfois même du péritoine.

B. — Cas dans lesquels, sans qu'il soit question d'examen histologique, l'auteur a pensé avoir affaire à une exfoliation de la muqueuse vésicale.

(Cas de Cl. Godson, Gervis, Wynn Williams et R. Barnes.)

L'observation de Cl. Godson a été publiée dans le British medical Journal de 1871 (T. 2, p. 432), par William Whitehead d'après les notes de Godson. Il s'agit d'une femme de 26 ans, ayant eu quatre enfants, qui, étant enceinte de 3 mois 1/2, fut prise brusquement de rétention d'urine. Vaines tentatives de réduction. Cathétérismes répétés. Cystite. Réduction spontanée après 1 mois de traitement. Un jour la malade veut uriner, mais ne peut y parvenir. Godson appelé trouve une substance blanche faisant issue hors de l'urèthre et l'extrait par une traction douce. Elle avait l'apparence d'une large poche ressemblant exactement à la

membrane muqueuse de la vessie. A la suite de l'expulsion de cette membrane il se fit une amélioration rapide.

La pièce est au musée de St-Bartholomew's hospital. C'est probablement la même à laquelle fait allusion Matth. Duncan (in Med. Times and Gaz., 1er septembre 1883), et que celle qui, d'après Hurry, porte le n° 2,409.

Godson, faisant allusion quelques années plus tard à cette pièce dans une discussion à l'Obstetrical Society (Obst. Trans., vol. XVI, 1874-1875), ajoute qu'il y avait dans la membrane des fibres musculaires en abondance ; que la femme accoucha à terme d'un enfant vivant, mais qu'elle était incapable de retenir ses urines plus de quelques minutes et qu'elle avait évidemment une vessie rétractée (contracted bladder).

La même année le Dr H. Gervis, assistant à St-Thomas, à propos d'une communication faite par Chambers, rapporte deux cas de rétroversion de l'utérus gravide qu'il a pu observer dans sa clientèle. Il insiste sur les difficultés qu'a présentées le cathétérisme par suite de la présence dans l'urine de fragments de la muqueuse nécrosée.

Dans ces deux cas suivis de mort, mais non d'autopsie, il y avait de la gangrène de la muqueuse vésicale, à un tel point dans le premier que le cathéter fut à plusieurs reprises obstrué par les débris.

Le Dr Wynn Williams parle d'une femme enceinte de 4 à 5 mois qui fut, durant 3 jours, en proie à une rétention complète. La vessie était énormément distendue. En un jour ou deux la totalité de la membrane muqueuse de la vessie fut expulsée dans un état de gangrène et la malade mourut de septicémie.

Enfin R. Barnes (1) cite, sans détails, un cas qu'il a vu au London hospital. Il s'agissait d'une femme atteinte de rétroversion de l'utérus gravide chez laquelle il se produisit une exfoliation de la muqueuse vésicale suivie de guérison.

(1) Clinical Lectures on affect. of the bladder in their relation to uterine and peri uterine diseases. Lancet, 1875. T. I, p. 5.

C. — Cas dans lesquels l'examen histologique a prouvé que la membrane expulsée ou retenue dans la vessie était formée de la muqueuse vésicale seule.

(*Cas de Luschka, Haussmann, Hurry, Brandeis.*)

Observation VI (Résumée)

Luschka (1).

Femme de 26 ans, morte enceinte de 3 mois. Depuis 3 semaines, rétention d'urine que l'on essaya en vain de combattre par des médicaments et le cathétérisme. Les efforts violents amenaient à peine l'expulsion de quelques gouttes d'urine.

Enfin les accidents devenant graves, le cathétérisme ne pouvant soulager la femme, on ponctionne la vessie. L'urine est évacuée et au bout de 12 jours la femme succombe à des accidents typhoïdes.

A l'autopsie : vessie distendue par un liquide purulent, sale, mêlé de flocons fibrineux, et par *une poche close de toutes parts renfermant l'urine dans son intérieur. Nulle part il n'existait de trace de la muqueuse à la surface interne de la vessie, partout la tunique musculaire était à nu. L'examen histologique fit reconnaître à Luschka que les parois du sac étaient constituées par les éléments normaux de la muqueuse vésicale.*

Observation VII (Résumée)

Haussmann

Femme H.., 39 ans, 7 accouchements antérieurs naturels, le dernier il y a 6 ans. Enceinte de 4 mois.

Depuis la fin du 3e mois, elle souffre d'une rétention d'urine qui a nécessité de la part d'un médecin de la ville l'introduction

---

(1) Virchow's Arch. f. pathol. anat. 1854, t. 7, page 30. Gaz. des hôpitaux, 1856, et Bull. Soc. anat., 1862, 2e série, t. 7, p. 479.

répétée d'un cathéter élastique à l'aide duquel on a retiré de l'urine fétide.

L'examen fait le 3 octobre par l'assistant de la policlinique obstétricale conduit au diagnostic : Rétroversion de l'utérus gravide. Vessie débordant les pubis sous forme d'une tumeur tendue. Cathétérisme à l'aide d'une sonde métallique d'homme. Urine claire. Réduction dans la position genu-pectorale. Décubitus abdominal et latéral.

Etat général mauvais malgré la réduction. Fièvre. Cathétérisme encore nécessaire ; la sonde est souvent obstruée. Arrêt du jet. Urine gris jaunâtre sale, alcaline, ammoniacale, pesant 1.006, et contenant au microscope de nombreuses cellules épithéliales de la muqueuse vésicale, des cellules déformées, des vibrions.

Jusqu'au 2 octobre même état. A cette date amélioration notable locale et générale.

Le 15 octobre, bien que le cathétérisme soit toujours nécessaire, l'état est tel que sur sa propre demande la malade quitte le lit et est renvoyée chez elle. L'enfant est vivant. L'urine est claire, pèse 1.006 est alcaline et contient des vibrions.

La préparation présentée par Hausmann est une membrane de 5 centim. 1/2 de long et de 5 centim. de large qui ne représente pas la totalité de la muqueuse, mais à peine le quart ; elle porte plusieurs perforations de la grandeur d'un pois qui sont la plupart artificielles, mais dont l'une correspond peut-être à l'embouchure d'un uretère dans la vessie.

Une des faces, celle qui vraisemblablement était tournée vers la cavité vésicale est, en dehors de quelques inégalités, lisse et sans dépressions. L'autre a une apparence à peu près semblable, mais présente plusieurs crêtes.

Lorsqu'on dissocie un fragment de cette membrane on voit tout d'abord un tissu très riche en fibres qui, isolées ou réunies en minces bandelettes la traversent en décrivant des sinuosités et disparaissent au contact de l'acide acétique. On trouve en outre en grand nombre des fibres plus grosses, irrégulièrement plissées, qui ne sont pas modifiées par le réactif en question et sont par conséquent des fibres élastiques.

En dedans de ces deux couches se voient de très nombreuses cellules épithéliales de forme et de grandeur variables qui ressemblent tout à fait aux cellules plates de l'épithélium vési-

cal. Elles sont arrondies, ovales ou polygonales, tandis que l'on trouve en très petit nombre les cellules cylindriques ou en massue qu'on obtient d'habitude par le raclage de la muqueuse vésicale. Certaines cellules isolées manquent totalement ou partiellement de contours ; ailleurs ils sont irréguliers, limités par des lignes concaves.

Les vaisseaux moyennement abondants ont des parois ratatinées et un contenu granuleux. Les fibres nerveuses sont rares et appartiennent au système sympathique.

Toutes les couches décrites étaient infiltrées d'une masse de petites cellules ayant déjà subi la dégénérescence graisseuse.

Observation VIII (Résumée).

Hurry.

(*Cas observé à St-Bartholomew's hospital, par Matt. Duncan*).

Jane M..., 34 ans, 2 enfants, pas de fausse couche.

Enceinte de 4 mois et demi. Difficultés dans la miction depuis 3 semaines. Il y a 9 jours rétention complète. Cathétérismes. Depuis 3 jours incontinence d'urine avec rétention.

Entre à St-Bartholomew's hospital, le 2 janvier 1884. La vessie contient une 1/2 pinte d'urine, très alcaline, pesant 1.023, renfermant beaucoup de sang et de pus, des triples phosphates.

Rétroversion et enclavement de l'utérus gravide.

Tentative de réduction manuelle immédiate mais sans succès bien que l'utérus présentât encore une certaine mobilité. Placement d'un pessaire à air.

L'état local reste le même les jours suivants. Cathétérismes répétés. Alternatives de rétention et de miction normale jusqu'au 14 janvier où l'incontinence est complète.

Le 19 janvier la malade ressent des douleurs violentes comme pour accoucher. *Quelque chose ressemblant à une eschare fait saillie hors de l'urèthre, et la malade ayant été amenée dans l'amphithéâtre la vessie est lavée avec une sonde à double courant.*

Les douleurs persistent très intenses et, *après quelques minutes, une large membrane mesurant 3 pouces 1/2 sur 2 1/2 fut expulsée en même temps que plusieurs autres plus petites. Cette membrane fut suivie d'un jet d'urine très fort.*

Le 20. Même état. Les douleurs persistent. Le 21 au matin *expulsion d'une nouvelle membrane à peu près aussi large que la première* et également suivie d'un jet d'urine (environ 3/4 de pinte) Frisson. Ascension de la température.

A partir de ce moment amélioration marquée locale et générale. Incontinence d'urine (urèthre très dilaté). Lavages vésicaux et tentative de drainage vésical qu'on doit abandonner bientôt. Chute d'une eschare uréthro-vaginale. L'exploration digitale de la vessie permet de supposer que toute la muqueuse a été expulsée.

Le 4 février, la malade commence à se lever. L'incontinence persiste. L'urine pèse 1022, renferme de l'albumine, du pus et des bactéries. L'enfant est vivant.

Le 26. La malade quitte l'hôpital dans un état de santé excellent mais ayant toujours de l'incontinence.

On la revoit le 15 mars. L'urine pèse 1.020, est alcaline, ne renferme pas de pus, mais contient de l'albumine, des triples phosphates et des phosphates amorphes.

L'état général est mauvais. L'écoulement continuel de l'urine est une source d'irritation intense. L'appétit est mauvais. Aucun urinal ne peut être supporté à cause de l'inflammation de la vulve.

23 mars. Provocation de l'accouchement prématuré. Expulsion d'un enfant de 8 mois. Guérison rapide mais persistance de l'incontinence.

Avril 14. La malade très améliorée peut retenir pendant une heure son urine qui pèse 1020, est neutre, renferme des traces de pus et d'albumine ainsi que des triples phosphates.

Un examen histologique des membranes expulsées pratiqué par M. Boolby, conservateur du musée, a montré qu'elles étaient formées de la muqueuse et du tissu sous-muqueux. Nulle part on ne put découvrir de fibres musculaires.

Observation IX (Résumée)

S. Brandeis (de Louisville (1).

Femme K..., 36 ans, 3 enfants.

Il y a 5 jours, douleur vive, puis rétention d'urine.

A l'examen : la vessie remonte à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Rétroversion utérine. La malade ayant eu ses règles 2 semaines auparavant on croit à une hématocèle.

Cathétérisme. Grande quantité d'urine ammoniacale, trouble, floconneuse, épaisse.

La malade étant loin de la ville ce qui me mettait dans l'impossibilité de la visiter plus d'une fois par jour, je place une sonde à demeure.

Un nouvel examen fait penser à une rétroversion de l'utérus gravide. Réduction manuelle.

4 jours après, j'apprends que 2 heures après avoir uriné volontairement elle avait été prise de violentes douleurs vésicales à la suite desquelles *quelque chose lui était sorti des parties. Son mari avait extrait une grande membrane. Il fut prouvé qu'il s'agissait d'une exfoliation totale de la muqueuse vésicale avec des dépôts cristallins.* (*Cette pièce est déposée au Musée de l'Ecole de médecine de Kentucky.*)

La malade guérit et accoucha 3 mois plus tard d'un enfant vivant et bien portant et à terme.

2 mois après, elle vint me revoir pour ses douleurs vésicales. L'utérus en subinvolution était de nouveau rétrofléchi. Je plaçai dans le vagin un pessaire de Hodge et dans la vessie un cathéter en gomme de Godmann en communication avec un urinal.

Depuis lors, j'ai appris que la malade avait accouché une nouvelle fois sans nouveaux accidents et qu'elle avait repris ses occupations.

---

(1) Totale ausstossung der Harnblasenchleimhaut, bei retroflexio-uteri gravidi. Arch. f, Gynæk. T. 7, p. 189.

D. — Cas dans lesquels l'examen histologique a prouvé que la membrane expulsée ou retenue dans la vessie était formée de la muqueuse vésicale doublée de partie ou de totalité de la musculeuse.

(*Cas personnel, de Kleim, Wittich Schatz, Moldenhauer*).

OBSERVATION X (PERSONNELLE)

Dans le cas observé par nous et dont l'histoire a été publiée tout au long dans la première partie de ce mémoire il s'agissait de la muqueuse avec une partie de la musculeuse.

Voici en effet la note qui nous a été remise par notre ami Clado.

« Il m'a été soumis deux fragments traités par la celloïdine. Les coupes ont porté perpendiculairement à leur surface.

Le premier, le moins épais provenait de la membrane trouvée à l'autopsie libre dans la cavité vésicale.

Sa structure est celle de la muqueuse vésicale, très enflammée, très altérée et d'une partie de la couche superficielle de la musculeuse qui la double.

De la superficie vers la profondeur on peut reconnaître : le tissu de la muqueuse composé ici d'un grand nombre d'éléments embryonnaires réunis entre eux par des fibres conjonctives fines et en petit nombre. On y trouve en outre des vaisseaux nombreux qui, par places, offrent à la coupe un état presque caverneux. Ils sont bourrés de globules.

Ce sont là les lésions d'une inflammation très vive dont toute l'étendue de ce fragment est le siège.

Vers la partie profonde on trouve des fibres musculaires lisses en grand nombre mais étalées sur une couche très mince qui manquent par places.

A la superficie il n'existe nulle part de cellules épithéliales rappelant l'épithélium vésical. Par conséquent celui-ci a dû tomber par le fait de l'inflammation du vivant de la malade.

Le deuxième fragment qui a été pris sur la vessie après la mort nous offre à peu près toutes les couches de cet organe.

De la partie superficielle vers la profonde on rencontre: la muqueuse à peu près dans le même état que dans le fragment précédent; puis la musculeuse avec quelques lobules adipeux de place en place et le tissu conjonctif qui réunit les différentes couches. De place en place la musculeuse est à nu, la muqueuse faisant défaut.

A la superficie de ce fragment, de même que précédemment, il n'y a pas de couche épithéliale.

Observation XI

Carl Kleim.

L.. 33 ans, tertipare, enceinte de 3 mois. Dernières règles vers le milieu de décembre 1877.

Pour la première fois dans la seconde semaine du mois de mars se manifestent des difficultés dans la miction qui augmentent rapidement jusqu'à la rétention complète. Depuis le 20 mars, cathétérisme 2 fois par jour : Malgré cela l'état général devient très mauvais. L'urine prend bientôt un mauvais aspect et une odeur fétide.

Entre à la Clinique de l'université de Berlin, le 26 mars.

Diagnostic : Rétroversion de l'utérus gravide. Distension de la vessie qui dépasse l'ombilic de 2 travers de doigt. Miction impossible. Etat général très mauvais.

Le cathétérisme ramène une grande quantité d'urine purulente, sentant l'acide sulfhydrique, teinte de sang. La vessie malgré cela revient peu sur elle-même.

La distension vésicale, la rétention et les caractères de l'urine restent les mêmes les jours suivants malgré des cathétérismes répétés.

Le 27. On réduit aisément l'utérus après avoir vidé la vessie et on applique un pessaire.

29. Tous les jours on lave la vessie et le liquide ramène des membranes diphtéritiques parfois très grandes.

Alternatives de mieux et de pire. Cathétérismes répétés. Lavages. L'urine reste ammoniacale, sanguinolente, trouble et fétide.

On arriva ainsi jusqu'au milieu d'avril. La malade dépérit de jour en jour.

Le 12 avril, après enlèvement du pessaire qui a maintenu l'utérus en place, l'urèthre fut dilaté. On sentit la vessie presque complètement détruite et on en retira des membranes diphtéritiques en grand nombre.

13 avril. La malade se sent un peu mieux ; les douleurs dans le bas-ventre ont diminué. Pour le reste l'état n'est pas modifié.

Vers midi, elle tombe dans le collapsus et meurt le 14 avril au matin.

Autopsie faite le 15 avril par le Dr Jürgens.

Cadavre très émacié.

A l'ouverture de la cavité abdominale on trouve la vessie très dilatée, complètement adhérente à la paroi abdominale antérieure. Sa paroi postérieure est libre. L'adhérence avec la paroi abdominale se poussait jusqu'à l'ombilic.

En beaucoup de points, le péritoine est épaissi, mais intact. L'épiploon adhère par son bord libre à la vessie et à la paroi abdominale antérieure.

Dans la cavité péritonéale, aucun liquide.

L'utérus est presque du volume d'une tête d'homme et ne dépasse que très peu la symphyse. La position de cet organe est voisine de la symphyse, sa consistance assez molle.

Le tissu cellulaire situé entre la symphyse et le col de la vessie est gangrené sans que le périoste soit touché.

A l'ouverture du sac représentant la vessie on y trouve, à côté de nombreux lambeaux membraneux diphtéritiques, un sac plus gros que le poing formé de la muqueuse et de la musculeuse gangrénée et recouverte d'une épaisse croûte de sels. Ce sac est libre de tous côtés.

La surface du sac tenant lieu de vessie est inégale, rugueuse, incrustée de sels. Il ne reste presque plus rien de la substance vésicale proprement dite. Il en est ainsi au sommet, sur une grande partie de la paroi postérieure et sur toute l'antérieure où la paroi abdominale remplace la paroi vésicale.

Les deux uretères s'abouchent dans la vessie à leur place normale ; ils sont très dilatés. Leur muqueuse, surtout celle de l'uretère gauche, est épaissie et couverte de nombreuses petites plaques de la largeur d'un grain de millet.

Il n'y a pas de liquide dans la vessie : le vagin est intact. Le col de l'utérus a 4 centimètres en tout.

L'utérus présente les caractères habituels d'un utérus au 4e mois de la grossesse. L'œuf est normal, le placenta inséré sur la paroi antéro-supérieure.

Les deux ovaires sont sains : de même les ligaments larges.

Le rein gauche est presque doublé de volume ; il est ramolli. La capsule s'enlève facilement. La surfae présente de nombreuses collections purulentes depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un haricot. On en trouve également sur la coupe, aussi bien dans la substance médullaire que dans la corticale.

Tout le parenchyme est trouble avec des infiltrations de mauvais aspect.

Le bassinet est très dilaté, la muqueuse est très épaissie et présente des infiltrations diphtéritiques.

Le rein droit est légèrement augmenté de volume. Son parenchyme très trouble ne présente aucune lésion interstitielle. Le bassinet est très dilaté ainsi que les calices, mais on n'y trouve aucune lésion diphtéritique.

Le foie est assez gros. Les poumons sont entièrement sains.

Le cœur est intact; seulement sur la mitrale et au niveau de son bord libre il existe une excroissance de la grosseur d'un pois, décolorée.

Diagnostic : Rétroflexion de l'utérus gravide au 4e mois. — *Cystite gangréneuse diphtérique. Dissection totale de la tunique musculaire et de la muqueuse. Péritonite périvésicale circonscrite adhésive. Pyélonéphrite diphtéritique interstitielle gauche et parenchymateuse double. Hydronéphrose double. Endocardite mitrale.*

Observation XII (résumée).

Wittich (d'Eisenach).

Rückwärtsbeugung der schwangern Gebärmutter (avec figure).

Femme de 28 ans, enceinte pour la 3e fois.

Rétroversion brusque à la suite d'un effort suivie de rétention incomplète.

---

(1) Neue Zeitschrift f. Geb. 1847. 23, rés. in Gaz. méd. de Paris, 1849, p. 804.

Le 26 août. Wittich trouvant la vessie distendue jusqu'à l'ombilic, essaye de refouler le fond de l'utérus et fait sortir ainsi une certaine quantité d'urine trouble, très fétide, avec un sédiment grisâtre, *membraniforme, ressemblant à une portion de muqueuse.* Cathétérisme le 2e jour seulement après l'entrée.

Les tentatives de réduction échouent d'abord, et le 6 septembre, en présence de l'intensité des phénomènes vésicaux, on allait ponctionner l'utérus, lorsqu'on parvint à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum à remettre la matrice en place.

La vessie laissa alors échapper une grande quantité d'urine fétide et floconneuse ; le même soir, on vit *pendre hors de l'urèthre une membrane grise, résistante, dont on retrancha environ un pouce et qu'on reconnut être la membrane musculaire de la vessie.*

A 11 heures du soir la femme fnt prise de frissons, de fortes envies d'uriner, et rendit par l'urèthre, avec une forte explosion, *une portion de membrane et une* grande quantité d'urine fétide.

A minuit, nouveaux frissons et avortement. Fœtus de 5 mois.

Le 7 septembre, état satisfaisant. *La membrane expulsée par l'urèthre a la forme d'un sac qui, rempli d'eau, présente les dimensions d'une vessie de femme ; son épaisseur augmente graduellement de haut en bas, c'est-à-dire qu'elle est plus considérable vers le col. Elle est composée d'une quantité innombrable de fibres musculaires plus ou moins épaisses, entrecroisées, les unes obliques, les autres circulaires. Celles-ci surtout étaient nombreuses et rapprochées vers le col. Il y en avait aussi de longitudinales allant du fond vers le col et appartenant au fœtus, or, la poche, comparée à une vessie saine, n'était donc composée que d'une couche de fibres musculaires il est vrai plus épaisse qu'à l'état normal.*

Amélioration rapide.

Vers la fin de novembre, la vessie était à même de garder deux à trois onces de liquide ; passé cette quantité, l'urine s'échappait en occasionnant une sensation de brûlure.

L'année suivante cette femme devint de nouveau enceinte et accoucha heureusement en février 1846.

E. — Cas dans lesquels l'examen histologique a prouvé que la membrane expulsée était formée de la totalité la paroi vésicale, péritoine compris.

(Cas de Frankenhäuser, Madurowicz, Krukenberg.)

Observation XIII

Frankenhäuser (1).

Fr. W., ménagère, 39 ans, est admise à la Clinique, le 29 novembre 1875. Elle s'est toujours bien portée pendant son enfance. A 19 ans, chlorose qui récidive pendant les années suivantes ; à 19 ans la menstruation s'établit. Les règles revenaient tous les 14 jours ou toutes les trois semaines, et duraient 5 ou 6 jours.

A 25 ans (1868), W. se maria et accoucha la même année. Rupture du périnée. L'année suivante (1869), second accouchement, version. En 1870, troisième accouchement. En 1871, accouchement gémellaire, version pour le second enfant. En 1873 cinquième et en mars 1875 sixième accouchement. Pendant toutes ces grossesses la malade eut des vomissements.

Elle ne nourrit aucun de ses enfants, dont quatre sont encore vivants.

Trois semaines après le dernier accouchement, réapparition des règles qui se sont montrées pour la dernière fois à la fin d'août 1875. Jusqu'au 19 novembre, W. se porta tout à fait bien, beaucoup mieux que dans les grossesses antérieures.

Dans la nuit du 18 au 19 novembre, W. se levant pour son plus jeune enfant ressentit une envie impérieuse d'uriner qu'il lui fut impossible de satisfaire. Jusqu'à ce moment elle n'avait éprouvé aucun trouble du côté de la vessie. Le besoin d'uriner devenant d'heure en heure plus pressant la malade fit le matin appeler le médecin qui pratiqua le cathétérisme renouvelé dès lors deux fois par jour. Deux fois la miction spontanée fut possible après un bain chaud.

---

(1) In Franz Ribnickar, thèse citée, p. 25.

Le 23 novembre survinrent des douleurs semblables à celles de l'accouchement qui firent penser à un avortement. Cependant il n'y eut pas d'écoulement sanguin. On fit une tentative pour extraire le fœtus; elle échoua. On pensa alors à une tumeur naissant de la paroi postérieure de l'utérus. Finalement, comme, malgré les cathétérismes, les troubles urinaires augmentaient toujours et que la patiente s'affaiblissait, on l'envoya à l'hôpital. Pendant toute la dernière semaine il y avait eu incontinence d'urine. L'urine répandait une odeur épouvantable. Le sommeil et l'appétit avaient disparu depuis le début de la maladie. Les douleurs dans le voisinage de la vessie et à l'entrée du vagin étaient très fortes. Pas de vomissements. La malade n'allait à la selle qu'après l'administration d'huile de ricin.

Etat actuel : 1er décembre. — La malade est entrée avant-hier. Son état était très mauvais. Température 38°,4. Pouls 126.

Femme de taille moyenne, grêle, anémique, amaigrie. Lorsqu'on s'approche d'elle on remarque une odeur pénétrante d'urine décomposée. A l'arrivée la vessie remontait sous forme d'une grosse tumeur douloureuse jusqu'à l'ombilic. Avec un cathéter d'argent on retira immédiatement plusieurs verres d'urine d'un brun rouge foncé, trouble, renfermant beaucoup de sang et de pus. Par suite de l'écoulement involontaire et continuel de l'urine les grandes lèvres et toute l'entrée du vagin sont très irritées et sont recouvertes d'un enduit diphtéritique.

Par le toucher vaginal le doigt rencontrait immédiatement une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant située dans la concavité du sacrum, lisse au toucher, présentant une consistance pâteuse et se terminant en bas par une ligne convexe.

On sentait l'orifice utérin derrière la branche droite du pubis, sous forme d'une fente transversale un peu froncée dans laquelle pouvait pénétrer le doigt.

Très nettement on pouvait constater la continuité de la portion cervicale avec la tumeur du cul-de-sac postérieur. On ne trouvait nulle part ailleurs un corps de l'utérus. Il s'agissait donc d'une rétroflexion de l'utérus gravide.

Le professeur Frankenhäuser tenta la réduction en mettant la femme dans la position genu-pectorale; elle ne présenta aucune difficulté extraordinaire. On fit des injections dans la vessie.

Le 6. La patiente se trouve un peu mieux, elle a meilleure mine,

l'appétit revient un peu. L'urine s'écoule toujours goutte à goutte, cathétérismes répétés. La région vésicale est un peu douloureuse à la pression. L'odeur de l'urine est moins forte; l'urine ne renferme plus de sang, mais seulement du pus. Malgré le décubitus ventral ou latéral, l'utérus retombe. La réduction est très douloureuse. Tous les soirs il y a un peu de fièvre. Température 38°,2 à 38°,8. Pouls 108 à 120.

Le 13. L'état est manifestement meilleur. La température est redevenue normale; quelquefois seulement elle atteint 38 le soir. Pouls 100.

On espérait pouvoir congédier bientôt la malade lorsqu'hier soir elle avorta. L'hémorrhagie fut énorme et plongea la patiente dans un état d'anémie aiguë. Le placenta dut être extrait par fragments à l'aide du doigt. Aujourd'hui température normale, pouls 120.

Le 20. Pas de fièvre. La malade a de l'appétit, elle peut un peu mieux dormir. Depuis l'avortement il lui est impossible de retenir son urine qui s'écoule constamment et répand une forte odeur ammoniacale.

L'urèthre s'est fortement dilaté, de telle sorte que lorsqu'on pratique des injections dans la vessie l'urine s'écoule sur les côtés du plus gros cathéter.

Dans la position genu-pectorale on peut maintenir un peu de liquide dans la vessie.

27 décembre. *Déjà les jours précédents se décollaient des lambeaux moyennement grands de la muqueuse nécrosée qui sortaient spontanément par l'urèthre ou devaient en être extraits.* La malade avait alors des douleurs intenses.

Ce matin s'est montrée à l'orifice de l'urèthre une masse nécrosée de l'épaisseur d'un pouce. Elle a été extraite ce soir par le professeur Frankenhäuser et presque sans hémorrhagie. La membrane enlevée représentait la plus grande partie de la vessie avec un fragment de périloine.

3 janvier 1879. Immédiatement après l'extraction du fragment gangrené de la vessie, la malade eut un frisson avec 39° de température et des vomissements. Pouls, 126. Le lendemain la température est de nouveau normale, le pouls à 100. Dans les derniers temps, écoulement continuel et goutte à goutte de l'urine. L'insuffisance du sphincter est telle que dans les injections, pas une goutte ne peut être laissée dans la vessie. Celle-ci est lavée quatre fois par

jour. L'urine est trouble, d'un jaune brun sale. Il ne sort plus de membranes gangrénées.

Le 16. La situation est restée la même. L'urine s'écoule toujours goutte à goutte. Etat général comme précédemment.

Le 25. L'urine a fortement érodé les parties avoisinant le méat et la malade a eu ces jours-ci un érysipèle qui s'est étendu aux deux cuisses, aux fesses et jusqu'au dos. La tuméfaction et la rougeur ont été à leur maximum au niveau de l'ischion droit. La température monta brusquement le 22 à 39°,8, le pouls à 120. Depuis lors, la fièvre oscille autour de 39. Pouls 108 à 120.

Le 27. Plus de fièvre.

3 février. Dans les derniers temps, la patiente a eu de nouveau quelques élévations de température (jusquà 39) sans que de nouvelles complications locales aient pu être diagnostiquées. L'incontinence persiste, l'urine est un peu moins trouble.

Le 10. La patiente se lève depuis quelques jours et se sert d'un urinal.

Dans ces derniers temps elle pouvait retenir un peu son urine lorsqu'elle était assise, mais l'incontinence survenait aussitôt que la malade se levait. La nutrition se rétablit progressivement.

Le 19. Tentative pour agrandir un peu la vessie en la distendant dans la position genu-pectorale. Capacité 70 à 80 centimètres cubes.

Le 23. Le toucher montre l'utérus rétrofléchi. On suppose que c'est le tiraillement exercé par l'utérus qui empêche la distension de la vessie. Application d'un pessaire de Hodge.

2 avril. La malade quitte l'hôpital. Depuis lors elle a été soignée à la policlinique. J'extrais les notes suivantes du journal de la policlinique.

17 avril 1876. Catarrhe vaginal intense, muqueuse vaginale facilement saignante, érodée. Lèvre postérieure du col tuméfiée et érodée, lèvre antérieure intacte. L'anneau est enlevé. La malade peut retenir son urine pendant une heure le jour, mais pas la nuit.

9 juin 1876. La malade ne retient pas plus ses urines que la dernière fois. Elle se plaint maintenant de douleurs brûlantes, d'élancements au niveau du méat. A un centimètre et demi derrière le méat se trouve un sac qui est vraisemblablement formé par une partie dilatée de l'urèthre. L'ouverture de celui-ci est dilatée.

22 décembre 1876. La vessie tient 140 centimètres cubes d'eau. La malade peut retenir son urine une demi-heure.

17 décembre 1878. L'état est sensiblement le même. L'utérus est rétrofléchi.

L'examen macroscopique et microscopique du fragment de vessie conservé dans l'alcool montre ce qui suit.

Ce fragment constitue un sac qui comprend les deux tiers supérieurs de la vessie, le fond et le col seuls n'ayant pas été détachés. Les ouvertures des uretères ne se voient pas. Les bords de l'ouverture du sac sont partout déchiquetés et fortement dentelés; il y a des franges qui mesurent jusqu'à 7 centimètres de long.

Les dimensions de la préparation raccornie dans l'alcool sont: Longueur 23 centimètres; largeur 14 centimètres. Capacité 800 centimètres cubes. Epaisseur maxima 5 millimètres.

La plus grande partie du sac est recouverte par la musculaire. La surface externe présente au sommet un fragment de péritoine de 9 centimètres de long sur 6 de large. La paroi interne n'est qu'une grande ulcération qui, pour la plus grande partie, est recouverte d'une incrustation blanche de sels urinaires. La muqueuse n'est nulle part complètement conservée, l'épithélium et la couche superficielle ont partout disparu. Par places la muqueuse manque dans toute son épaisseur. La sous-muqueuse a également disparu dans sa plus grande partie, principalement à la périphérie du sac, de telle sorte que les trois quarts de cette dernière sont occupés par une zone moyennement large où la musculeuse est entièrement à nu.

Le fragment ne présente nulle part de pertuis ni de parties amincies. L'épaisseur de la muqueuse avec la sous-muqueuse atteint au maximum 1 millim. 1/2, quoique la sous-muqueuse soit fortement épaissie.

La muqueuse est partout garnie de crêtes petites, tout à fait plates, basses, laissant entre elles des creux. La musculaire a une épaisseur de près de 4 millim. et est tout à fait bien conservée. Vers les franges elle s'amincit un peu graduellement. La surface paraît comme travaillée par l'aiguille à dissociation. Partout on voit nettement la direction des faisceaux musculaires. Sur les surfaces dénudées ils sont un peu dissociés, en partie effilochés et tuméfiés; ils ont une coloration gris sale, pendant que les couches centrales paraissent presque normales et ont une coloration brun rouge.

Le péritoine est poli et luisant, à l'exception d'une partie toute petite, située à peu près au milieu, qui présente une mince stratification exsudative.

Le microscope montre que les stratifications de la surface interne sont formées pour la plus grande partie de sels urinaires (soude et ammoniaque), on trouve en outre des cristaux de triples phosphates, quantité de détritus et quelques fibres élastiques, mais aucune cellule épithéliale et peu de filaments de fibrine.

La sous-muqueuse montre sur une section transversale une infiltration très dense de cellules embryonnaires, çà et là de petits épanchements sanguins et épars dans le tissu des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens. Le tissu basal est partout conservé; les faisceaux de tissu conjonctif et élastique se laissent aisément suivre entre les îlots de cellules embryonnaires. Celles-ci sont pour la plupart atteintes de dégénérescence graisseuse, en partie transformées en cellules granuleuses, en partie réduites en granulations isolées.

La musculaire se montre relativement très bien conservée; les faisceaux musculaires isolés présentent la plupart un état trouble; çà et là de grosses cellules graisseuses sont infiltrées dans le protoplasma. Le tissu interstitiel ne présente en général aucune modification importante; c'est seulement dans les couches externes qu'on voit de petits épanchements sanguins, des cristaux d'hématoïdine, des cristaux d'acide urique et de triples phosphates ainsi que beaucoup de détritus et de l'infiltration embryonnaire.

Les lambeaux nécrosés qui avaient été expulsés antérieurement à celui-là n'ont pu être examinés.

OBSERVATION XIV (RÉSUMÉE)

Madurowicz (1).

Secondipare, 27 ans, d'une bonne santé antérieure, enceinte de 5 mois. Cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, début de rétention d'urine. Les 4 premiers jours, l'urine s'écoulait encore goutte à

(1) Wiener medizinischen Wochenschrift, 1877, n° 51 et 52.

goutte, mais le 5e survint une rétention complète. Douleurs abdominales et sacrées intenses. Constipation et fièvre. La vessie lors de l'entrée à l'hôpital s'élevait jusqu'à 3 pouces au-dessus de l'ombilic. On retire par le cathétérisme 3 litres d'urine trouble, décomposée, fétide, avec des flocons gris brunâtres. Rétroflexion de l'utérus.

Sous le chloroforme et dans le décubitus dorsal on tente aussitôt la réduction. L'utérus revient tout à fait à sa situation normale. L'avortement n'a pas lieu. Les douleurs vésicales sont toujours plus fortes; l'urine très fétide renferme de nombreux fragments de tissu. Paralysie complète du sphincter. Incontinence. Cathétérismes répétés.

Avant de vider la vessie on avait pu sentir à travers la paroi abdominale les limites régulières et nettes de l'organe fortement proéminent. La consistance était plus dure dans la partie supérieure. Après qu'on l'eut vidée elle s'affaissa d'avant en arrière sans que le sommet s'abaissât. La fièvre persistait. On diagnostiqua donc une péricystite adhésive. Le 27e jour de la maladie, après deux jours d'exacerbation fébrile, l'urèthre se trouva obstrué par une *membrane tortillée d'un gris sale, fétide, de l'épaisseur de l'index. Elle faisait saillie au dehors dans l'étendue de 2 pouces, hors du méat fortement dilaté. En la saisissant avec une pince, et en essayant de l'extraire, on constata qu'elle ne venait que difficilement, aussi laissa-t-on à la nature le soin de son expulsion ultérieure qui eut lieu le jour suivant.* Aussitôt la malade se trouva délivrée de ses douleurs intenses : la fièvre fut comme coupée et l'amélioration fut si marquée les jours suivants que la patiente ne voulut plus, au bout de trois jours, rester à la Clinique. On ne sait rien sur son sort ultérieur.

La membrane expulsée avait à peu près la forme d'une demi-sphère allongée dont la surface égalait 208 centimètres carrés, tandis que la périphérie de l'orifice du sac mesurait 44 centimètres. La surface interne était d'un gris ardoisé, recouverte de phosphates ammoniaco-magnésiens et d'urates. La surface externe était d'un gris rougeâtre et, dans une étendue de 6 centimètres sur 7, présentait un lambeau de péritoine non épaissi, d'un blanc mat. Sur les bords la muqueuse et la musculeuse existent seules.

Au microscope on trouve la muqueuse érodée, infiltrée

d'éléments moléculaires désagrégés dans lesquels on ne peut reconnaître la structure normale. Çà et là sont des leucocytes suffisamment conservés. Les fibres musculaires sont noyées dans la masse des leucocytes finement granuleux. Dans le tissu sous-séreux et le péritoine, même quantité de détritus granuleux dans lesquels le tissu conjonctif et les fibres élastiques sont assez bien conservés. Le grattage de la surface interne montre parmi des phosphates tribasiques et des éléments dégénérés d'assez grandes cellules granuleuses rondes et des restes d'épithélium altéré. Ce n'est que çà et là qu'on trouve encore des cellules épithéliales à protoplasma homogène et à fins contours.

Observation XV

Krukenberg (1).

Secondipare, 33 ans. Au commencement de la 16e semaine de la grossesse actuelle, étant au lit, essaye d'uriner, le peut mais est prise de grandes douleurs. Le lendemain matin rétention complète. Cathétérisme par un médecin à 2 reprises. La rétention persiste. Dans la suite pas de nouveau cathétérisme. Ténesme. Malgré de grandes douleurs ne peut évacuer plus de 50 c. c. d'urine sanglante du 6 au 8 décembre.

Le 23 décembre (début de la 19e semaine), un médecin ordonne des bains de siège et 2 fois par jour des lavages vésicaux avec une solution salicylée à 1 0/0. Selles rares mais diarrhéiques ; pas de changements. Fièvre.

Le 30 (début de la 20e semaine), entre à la Clinique. Cachectique. N'urine que goutte à goutte, urine nauséabonde. Vessie remontant au milieu de la distance ombilico-pubienne.

Un cathéter métallique d'homme évacue un demi-litre ; plus tard deux litres d'urine sont retirés à l'aide d'un cathéter élastique qu'on peut enfoncer plus profondément. La vessie revient sur elle-même. Réduction de l'utérus sous le chloroforme. La vessie est lavée abondamment à l'aide d'une sonde à double courant ; un drainage permanent est établi à l'aide d'une sonde en gomme.

L'utérus reste en place et les jours suivants l'état général s'amé-

(1) Observation de la Clinique de Bonn. Loc. cit., p. 269

liore à la suite de lavages antiseptiques tièdes pratiqués deux fois par jour.

Le 6 janvier à midi, le drain vésical est enlevé. Incontinence consécutive.

L'urine devient de plus en plus fétide et, du 6 au 9, survient de la fièvre.

En même temps, le 10 janvier (fin de la 21e semaine), onze jours après l'entrée, le matin et après retention pendant la nuit, *la malade rendit par l'urèthre dilaté de l'épaisseur d'un doigt une membrane sphacélée que nous décrirons plus bas. L'expulsion ne nécessita qu'une faible pression abdominale et fut facilitée par une légère traction.*

De suite derrière les membranes jaillit un jet d'urine gros comme le doigt, environ deux litres, urine non plus blanchâtre comme jusque-là, mais d'un brun rouge, très nauséabonde.

A partir de ce moment incontinence complète. Lavages. Cachexie. 19 janvier (fin de la 2e semaine), avortement. Enfant vivant.

Mort de la mère le 21, dans le collapsus.

Autopsie (faite 5 heures après la mort, par le professeur Köster). Cavité péritonéale sans liquide. Intestins unis par des adhérences fibrineuses. Les anses inférieures du jejunum et supérieures de l'iléon reposent sur l'orifice du détroit.

En essayant de les dégager, on s'aperçoit que *deux d'entre elles, avec le mésentère qui les unit, bouchent complètement une ouverture de la vessie plus grande que la paume de la main* et qu'elles ne sont adhérentes qu'aux bords de cette ouverture. En détachant ces anses, on voit s'écouler de la vessie un liquide purulent, sale et après on aperçoit l'intérieur de la vessie tapissé d'une sanie gris verdâtre.

La vessie a d'ailleurs un urèthre si large que l'index y pénètre facilement.

Poumons, cœur, rate, normaux.

Reins gras, enveloppe très adhérente. Abcès rénaux.

Utérus de la grosseur du poing, entièrement dans le petit bassin, non rétrofléchi, dur et contracté.

La membrane grise expulsée a une configuration irrégulière. Ses bords sont festonnés, et dans son milieu on voit une ouverture à limites déchiquetées. En rapprochant les bords à plat on voit se fermer l'orifice correspondant.

A l'état frais la membrane pèse 115 grammes; elle a une surface d'environ 370 cent. carrés et une épaisseur de 2 millim. à 2 millim. 1/2.

On distingue facilement la surface interne de la surface tapissée de péritoine. La première est recouverte par places de foyers punctiformes, par places de stratifications d'un millim. d'épaisseur d'une substance grisâtre, grenue, dans laquelle on trouve des détritus très nombreux et des amas amorphes d'urates et de phosphates ammoniaco-magnésiens en cristaux. Il est impossible de distinguer nulle part l'épithélium vésical; les amas granuleux reposent directement sur la musculeuse qui au niveau des points où ils manquent, apparaît à nu.

Le tissu interstitiel de la muqueuse montre des détritus graisseux, quelques cellules granuleuses et des sels uriques.

Nulle part on ne trouve d'éléments anatomiques bien nets.

Les fibres musculaires sont très friables dans les préparations par dissociation à tel point que de tous petits morceaux seulement restent enfilés les uns aux autres. Les fibres musculaires ne sont pas du tout reconnaissables.

Le revêtement péritonéal, non dans la totalité, mais dans la plus grande partie de la surface vésicale qu'il recouvre, est mince et transparent par places, par d'autres légèrement épaisses. La surface n'est nulle part lisse et brillante mais généralement dépolie.

Par le raclage on ne trouve nulle part d'épithélium. On n'obtient encore ici que des détritus et des sels uriques. Les fibres élastiques sont conservées.

Les coupes à travers la membrane durcie, après coloration et éclaircissement dans l'essence de girofle, ne montrent nulle part d'épithélium reconnaissable, nulle part une surface péritonéale, nulle part de musculeuse normale, nulle part non plus de parties infiltrées de pus; mais seulement çà et là quelques hémorrhagies sans importance.

La partie restante de la vessie a un développement d'environ 125 cent. Prise de l'orifice interne de l'urèthre la paroi antérieure mesure 10 cent.; la postérieure 4 cent. 5. La paroi irrégulière de l'orifice égale 39 cent. Une coupe microscopique de la préparation durcie ne montre nulle part d'épithélium vésical, et seulement en quelques points on aperçoit des cellules

que l'on peut reconnaître pour de l'épithélium dégénéré.

En résumé : dans les 12 cas où les membranes expulsées par l'urèthre ou retenues dans la vessie ont été soumises à un examen histologique, on les a trouvées formées :

4 fois de la muqueuse vésicale.

5 fois de la muqueuse doublée de la musculeuse.

3 fois de la totalité de la paroi vésicale, péritoine compris.

Ainsi se trouvent démontrées nos deuxième et troisième conclusions :

« *Dans tous les cas où les membranes ont été examinées avec soin il s'agit de membranes vraies, organisées, comprenant soit la muqueuse seule, soit la muqueuse et la musculeuse, soit la muqueuse, la musculeuse et le péritoine. — On trouve tous les intermédiaires entre le décollement, l'exfoliation de la muqueuse et la perforation ou la rupture de la vessie.* »

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

PELVI-PÉRITONITE SUPPURÉE

ABCÈS CONSIDÉRABLE. — OUVERTURE PAR LA PAROI ABDOMINALE AVEC LE BISTOURI. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

Par le Dr **Terrillon.**

Mme J..., 34 ans. Femme grande et robuste ; bien portante jusqu'à son premier mariage, en juillet 1874 (1). Deux mois après environ, par suite de quelques irrégularités menstruelles, elle se croit enceinte, lorsque au mois de septembre de la même année, elle fait une chute de voiture qui fut suivie de douleurs abdominales et d'une métrorrhagie.

On put croire à une fausse couche, cependant non démontrée. Après cet accident, elle continua à souffrir pendant 6 à 7 semaines et garda un repos relatif, jamais absolu.

(1) Obs. rédigée par le Dr Bruchet.

Le médecin qui lui donna des soins, la dit atteinte de métro-péritonite.

Ces quelques semaines écoulées,elle reprit son train de vie habituelle. En 1878, elle est reprise de quelques douleurs dans le ventre.

Elle se contenta de prendre quelques bains de sel et gélatine, sans prêter grande attention aux symptômes douloureux qu'elle éprouvait à la moindre fatigue.

En 1880,les souffrances devinrent plus vives, et elle alla consulter un médecin qui lui donna quelques soins. Elle se rétablit assez rapidement mais non complètement.

En 1881, elle contracte un nouveau mariage (elle était veuve depuis 1879). Elle allait alors assez bien, pourtant supportait mal la fatigue qui déterminait invariablement des « points » dans le ventre surtout du côté droit.

A la fin de l'année 1882, après avoir assisté à un bal, des accidents aigus se produisirent ; douleurs vives, vomissements, etc.

Elle dut garder le repos au lit pendant environ six semaines. Le Dr de Beurman qui la soigna à cette époque reconnut l'existence d'une pelvi-péritonite, avec des adhérences immobilisant l'utérus ; les culs-de-sac étaient douloureux et empâtés ; peu à peu la nouvelle crise se calma et elle reprit sa santé habituelle.

Depuis cette époque, elle n'a jamais été complètement arrêtée, mais souvent se plaignait de son côté droit, et accusait des pertes blanches presque incessantes.

Vers la fin du mois de novembre dernier (1885), elle ressentit de la douleur dans ce même côté du ventre, la moindre marche la provoquait ; une injection froide même la réveillait.

Enfin, le 1er *décembre*, je fus appelé auprès de la malade qui était allongée sur une chaise longue, et souffrait assez vivement pour ne plus pouvoir marcher. Il n'y avait cependant pas de phénomènes aigus et pas de vomissements.

Au toucher, dans le cul-de-sac *gauche*, on sentait une tuméfaction dure, comme parsemée de grosses nodosités et douloureuse. Le repos au lit fut recommandé d'une façon absolue.

Les jours suivants une tumeur fut perceptible par la palpation abdominale dans la région hypogastrique gauche et unè plaque indurée sus-pubienne se produisit à la face profonde de la paroi abdominale, puis se déclara une *phlébite* de la veine iliaque du même côté.

Quinze jours environ plus tard, alors que les accidents de périmétrite et la phlébite à gauche s'étaient notablement amendés; des phénomènes inflammatoires tout à fait analogues se produisent à *gauche* et déterminent également une *phlébite* correspondante.

Puis il y eut un retour des phénomènes à gauche avec symptômes assez nets de péritonite et douleur, fièvre, vomissements, et enfin accroissement de la tumeur.

Peu à peu, en effet, et malgré la médication habituelle (sangsues vésicatoires, etc., etc.), la tumeur inflammatoire placée à gauche de la ligne médiane, augmentait et assez rapidement acquit un volume considérable. Elle arriva ainsi à former une masse à peu près régulièrement globuleuse, occupant toute la partie gauche de l'excavation pelvienne et remontant jusqu'à une ligne passant environ à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur resta longtemps sans être très douloureuse, autrement qu'à la pression, elle était dure, présentant cependant sur quelques points une rénitance permettant de croire à la présence de liquide inclus dans la masse. L'état général de la malade était assez bon, elle commençait à manger un peu et, en somme, pendant trois semaines, on put espérer la terminaison par résolution.

Mais la tumeur resta invariable de volume et au moment où l'état de la malade paraissait le plus satisfaisant, des accidents nouveaux se produisirent brusquement.

Le 10 avril, le ventre était redevenu douloureux, ballonné; la malade avait vomis, on constatait en effet, que la tumeur pelvi-abdominale était plus tendue : on ne pouvait l'explorer facilement à cause de la sensibilité très vive dont elle était le siège : en même temps facies altéré et température à 39°.

Ces phénomènes d'acuité tombèrent assez rapidement : mais la tumeur resta plus tendue, douloureuse,et,le 15 avril, je constatai nettement une large fluctuation.

Dans les derniers jours, la collection purulente avait augmenté notablement : La tumeur atteignait la ligne ombilicale et s'élargissait aussi transversalement : la fluctuation devint de plus en plus nette en paraissant aussi plus superficielle. En même temps l'état général s'altérait notablement : pendant tout le cours de cette longue évolution, la malade avait considérablement maigri : depuis la formation du pus, elle a atteint les dernières limites de

l'émaciation, résultat dû tant à l'hecticité qu'à l'absence d'alimentation : car elle refuse toute espèce d'aliment. Fièvre modérée de 38° 5 à 39° 5.

Le 24, M. Terrillon pratique l'ouverture de la collection pelvienne : la malade étant endormie, il pratique au-dessus de l'arcade de fallope, (moitié externe) une incision de 6 centim. environ, les couches profondes sont successivement sectionnées et nous sommes étonnés de voir à quelle profondeur il faut atteindre pour pénétrer dans la cavité qui semblait si superficielle à la palpation.

Un seul incident dans cette partie préliminaire fut la section d'une artériole profondément située : elle est pincée et liée.

Enfin l'incision ayant au moins 5 à 6 centim., avec le doigt, on sent évidemment la paroi du kyste purulent : M. Terrillon le déchire avec la sonde cannelée et aussitôt un flot de pus fait irruption, pus verdâtre, bien homogène, crémeux, mais très fétide; l'orifice profond étant largement débridé il s'en écoule environ un litre et demi. M. Terrillon se contente de cette ouverture abdominale; l'abcès ne faisait pas une saillie bien marquée dans le cul-de-sac vaginal, et il ne paraissait y avoir de diverticule profondément situé : l'évacuation se fera facilement par l'incision pratiquée.

Un gros drain est introduit, et on pratique aussitôt un lavage complet de la cavité avec de l'eau bouillie contenant 4/100 d'acide borique puis avec la liqueur de Van Swieten. Pansement avec gaze de Lister et ouate salicylée.

A partir de ce jour, la malade se trouva extrêmement soulagée, elle passa une très bonne nuit et, les jours suivants, l'amélioration s'accentua. Toutes les précautions antiseptiques furent régulièrement prises; la cavité de l'abcès fut lavée largement chaque jour avec les liquides déjà employés.

Très rapidement l'écoulement du pus devint extrêmement minime et M. Terrillon, dès le 4e jour, commença à diminuer le drain de trois centim. environ; tous les 2 ou 3 jours, il était raccourci, suivant en cela le retrait de la poche qui le chassait graduellement.

L'état général a été immédiatement transformé; la température ne dépassa pas 38°, les 2 premiers jours, puis elle fut tout à fait normale : l'appétit revenait en même temps et bientôt la malade réclamait à manger avec avidité.

Un seul accident se montra dans le cours de cette évolution vers

la guérison ; le 2 mai, le pansement qui jusqu'alors avait été sans odeur parut légèrement fétide ; le lendemain, malgré un lavage prolongé, et deux pansements dans la journée, l'odeur devint plus prononcée ; en même temps le ventre au-dessous de l'ombilic devenait douloureux à la pression et on sentait à ce niveau une masse arrondie restée grosse et tendue.

Il y avait évidemment un foyer d'où le pus s'écoulait mal ; le 4 mai, il fut facile, avec la sonde cannelée et de légères pressions, de pénétrer dans ce diverticule d'où s'écoula un bon verre de pus fétide ; un petit tube à drainage d'environ 10 centimètres fut introduit et tout rentra dans l'ordre.

Le 24 mai, la malade a eu ses règles qu'elle n'avait vues depuis le début de cette pelvi-péritonite le 27, on put retirer définitivement le dernier morceau de drain, et le 30, la malade se leva et mise dans un fauteuil pour la première fois.

La guérison se fit rapidement et actuellement l'état général est de tous points excellent.

Cette observation est intéressante pour plusieurs raisons. D'abord, à cause de la durée des phlegmons et de la production de l'abcès pelvien, ensuite et surtout par la rapidité de la guérison à la suite d'une intervention chirurgicale suivie de soins antiseptiques les plus minutieux. L'étendue considérable de la poche purulente et ses parois anfractueuses ne fut pas un obstacle à cette terminaison heureuse et rapide.

DU TRAITEMENT DES CANCERS DE LA MATRICE

PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE (1)

Par le Docteur **S. Chazan** (de Grodno. — Russie), assistant à la Clinique du Professeur **Léopold**, à Dresde.
Rédaction française, par le Docteur **R. Labusquière.**

L'idée de ce travail m'est venue après avoir lu l'article de Kœberlé, publié dans la Gazette hebdomadaire et reproduit dans les Archives de Tocologie (2). Cet article en raison de la grande noto-

---

(1) Travail reçu au mois de novembre 1886.

(2) Traitement des cancers de la matrice par l'hystérectomie vaginale. Kœberlé. *Archiv. de Tocologie*, p. 127 et seq. Août 1886.

riété de son auteur, pourrait avoir une influence fâcheuse, pensons-nous, sur les progrès de la gynécologie opératoire. Il est donc de notre devoir, comme de celui de tous, d'essayer d'atténuer sinon d'annuler complètement cette influence. Pour cela, il nous faut fournir des arguments aussi nets, aussi décisifs que possible. Examinons une à une les propositions de l'éminent chirurgien.

Suivant Kœberlé, « *dans les cas de cancer primitif du corps de la matrice, la partie vaginale du col reste longtemps normale; dans ces cas, il est inutile d'enlever le col utérin lorsque cet organe est resté normal, c'est à l'hystérotomie abdominale qu'il faut avoir recours ? ?*

Kœberlé s'exprime avec une certaine circonspection quand il dit « *longtemps* ». On voit par là que les exemples dans lesquels un cancer primitif du corps a atteint et même dépassé l'orifice interne, lui sont parfaitement connus. Aussi ses calculs sur l'intégrité du col sont-ils nécessairement plus ou moins hypothétiques. Quand on fait l'*hystérotomie abdominale*, il est absolument impossible d'affirmer que la surface qui correspond à l'orifice interne est complètement indemne d'éléments cancéreux. Si même, faisant abstraction de ces faits d'ailleurs exceptionnels, nous n'envisageons que ceux dans lesquels le cancer primitif du col, a encore respecté l'orifice interne, les propositions de Kœberlé ne sont pas justifiées. Pourquoi, en effet, pratiquer l'*histérotomie abdominale*, si nous pouvons faire une opération moins dangereuse, *l'hystérectomie vaginale* ? Il faut supposer que ce choix convient personnellement à l'auteur. Plus familiarisé avec la laparotomie qu'avec l'hystérectomie vaginale, il a sans doute pensé que l'hystérotomie abdominale lui donnerait au moins des résultats aussi satisfaisants que l'autre méthode opératoire. Mais, même en admettant cette hypothèse, je ne crois pas qu'elle justifie suffisamment le choix de l'hystérotomie abdominale ; car, pour rester fidèle à ce principe de chirurgie qui veut, *qu'on enlève plus que les parties malades*, c'est l'hystérectomie vaginale qui méritait nos préférences.

La deuxième proposition, émise par Kœberlé, est également contestable. « *Dans les cas*, dit-il, *où le cancer de la matrice débute dans la portion vaginale, l'hystérotomie vaginale est toujours suffisante pour obtenir la guérison, si tant est qu'elle est encore possible* ».

En premier lieu, il est assez surprenant que Kœberlé ne mentionne pas les *cancers de la muqueuse du col.* Car, je ne crois pas qu'il soit possible d'admettre qu'il y fasse allusion, lorsqu'il dit « *le cancer envahit la vessie d'une manière à peu près constante avant d'avoir atteint la partie moyenne de l'utérus, qui correspond à l'orifice interne* ». L'hypothèse est inadmissible, parce que dans ces cas, la région de l'orifice interne est envahie par la néoplasie bien avant l'organe vésical. Aussi les chirurgiens sont-ils unanimes à pratiquer alors l'hystérectomie vaginale.

Il faut donc supposer que l'auteur n'a eu en vue que les « cancroïdes » du col et qu'il a omis les variétés de cancers, développés dans la muqueuse du col et qui, très fréquemment et à bref délai, envahissent l'orifice interne. Assurément, ils sont peu justiciables de la méthode de traitement adoptée par Kœberlé, de laquelle l'hystérectomie est à peu près complètement exclue.

Lorsqu'il s'agit de cancroïdes, les conditions sont-elles aussi nettement déterminées, que le dit Kœberlé?

Non. « Aussi longtemps que l'affection cancéreuse n'est pas généralisée, le fond et le corps de l'utérus restent sains, et il est inutile de les enlever; en conséquence, l'hystérectomie vaginale sera toujours suffisante pour obtenir la guérison, si tant est qu'elle est encore possible ». Voilà, en résumé, ce qu'avance l'auteur. Or, ses derniers mots, les réserves qu'implicitement ils renferment, sont la meilleure preuve que ces considérations théoriques sont parfaitement discutables.

Théoriquement, Kœberlé a parfaitement raison. Mais, dans la pratique, quelle conduite faut-il adopter? Peut-on, la partie vaginale enlevée, affirmer que le restant du tissu est toujours entièrement indemne,' que les portions, saines en apparence, ne renferment pas déjà des éléments dégénérés? Je ne le crois pas. D'ailleurs, Kœberlé lui-même, est de cet avis.

C'est précisément pour soustraire les femmes aux dangers que pourraient lui faire courir les *à peu près* théoriques, que nous faisons l'hystérectomie vaginale, même au cas où les tissus qui avoisinent la masse cancéreuse paraissent sains.

Certes, la nature essentiellement récidivante du cancer ne promet pas d'exclure à coup sûr, au prix de l'hystérectomie, la possibilité de la récidive. Mais, de cette façon, les chances de l'éviter sont plus grandes. En outre, nous faisons œuvre consciencieuse, puis-

que nous restons ainsi fidèles au principe chirurgical qui domine le traitement des cancers : *enlever toujours plus que moins.*

Aux reproches formulés par Kœberlé, voici ce que je répondrai.

Voyons d'abord les dangers de l'hystérectomie vaginale, qu'il a présentés sous des couleurs si sombres. A ce sujet, une première remarque. Il existe sur ce point une confusion qui peut égarer le lecteur. Kœberlé, en effet, ne fait aucune différence entre les dangers de l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie vaginale. Il dit en effet indifféremment « *soit abdominale, soit vaginale* ». Or, nous savons parfaitement, que même à l'époque où l'on commença à pratiquer l'hystérectomie vaginale, le chiffre de la mortalité de cette opération, n'a jamais dépassé 26 0/0. Celui de l'hystérectomie abdominale, s'élevait à 73 0/0 !

Il m'est absolument impossible d'accepter que cette distinction ne soit pas établie. Car on risque de discréditer, à tort, la première de ces deux opérations en la plaçant ainsi, injustement, au même niveau que la seconde, si incertaine, si pleine de dangers ! Combien cette remarque devient plus juste, maintenant que nous pouvons certifier que dans ces dernières années, ce chiffre de la mortalité de l'h. vaginale, n'a plus été de 20 0/0. Que pour nous, comme pour les autres d'ailleurs, il est tombé de 4-5 0/0. Qu'enfin, les denières h. vaginales faites par Léopold (1), par Schrœder (2), 27; 24; par Staude (3) 20,... etc., n'ont occasionné aucun décès. On conviendra que cette opération se présente sous un jour beaucoup moins défavorable que ne l'a dit Kœberlé.

Quant au second reproche à l'aide duquel l'auteur veut démontrer l'inutilité de l'hystérectomie, je répondrai : *Si une récidive se produit même après l'hystérectomie vaginale, ce n'est pas la faute de l'opération ; c'est la nôtre.* Nous avons trop compté sur l'opération. Il est, en effet, incontestablement des cas où elle est impuissante à supprimer tous les éléments cancéreux. Or est-il juste que ces faits malheureux suffisent à discréditer l'opération ? Certainement, non. Mais l'on ne pourrait pas raisonner de même à propos de l'hystérotomie avec laquelle on s'expose, volontaire-

(1) Le prof. Léopold n'a pas encore publié ces observations (Note de l'auteur)

(2) Report on the progres of obstetrices and Gynécology in Germany, by Hofmeier (Am. journ. of. obstetric., octobre 1886.

(3) Deutsche medicinische Wochen. n°s 35, 36, 1886.

ment pour ainsi dire, à laisser en arrière des éléments cancéreux. J'accorde toutefois que dans certains cas, l'hystérotomie peut suffire et que, par conséquent, on risque, en suivant notre conseil, d'enlever inutilement la matrice entière. Mais comment reconnaître, avec certitude, *a priori*, ces cas heureux ? Cela me semble impossible.

D'ailleurs l'innocuité relative, bien entendu, de l'hystérectomie vaginale étant aujourd'hui reconnue, quelle faute commettons-nous en la pratiquant, même dans les cas, *indéterminables*, où l'hystérotomie suffirait ? Je crois, au contraire, qu'il n'y a que des avantages à recourir dans tous les cas, *systématiquement*, à cette opération. En agissant ainsi, nous nous la rendons plus familière, nous en perfectionnons la technique et *condition capitale* : nous agissons consciencieusement. Car, *si une méthode peut amener la cure radicale d'un cancer, nous sommes autorisés à prétendre que nous l'avons employée.*

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 janvier.

M. Doléris fait une communication sur le **traitement de l'endométrite et du catarrhe chronique de l'utérus par l'écouvillonnage antiseptique.** — Examinant l'étiologie de la métrite et sans rejeter *formellement* l'influence des causes internes indiquées encore par la plupart des auteurs, Doléris conclut que, dans la très grande majorité des cas, ce sont les causes externes qui sont les véritables facteurs pathogéniques, et... que *toute métrite a une origine virulente.* De plus, en raison même de l'extériorité de la cause, c'est la muqueuse utérine qui est la première atteinte ; mais, au début, elle ne l'est que dans ses éléments les plus superficiels. Cette localisation, en surface pour ainsi dire, explique comment, dans certains cas, des applications médicamenteuses même superficielles peuvent amener une guérison définitive, comment aussi elles restent forcément impuissantes quand le processus a

gagné en profondeur. Quant à la tendance qu'a toute métrite, si elle n'est pas dès le principe vigoureusement combattue, à passer à la chronicité, elle s'explique par la disposition anatomique de la muqueuse de l'utérus, par la difficulté où l'on est de poursuivre le processus phlegmasique, jusque dans les culs-de-sac et les replis glandulaires de cette muqueuse, soit du corps, soit du col. Il faut aussi tenir compte de plusieurs autres circonstances : états pathologiques des muscles (atonie, spasmes intéressant surtout le sphincter cervical...) ; des vaisseaux ; des nerfs (réflexes, déterminent des congestions localisées, à répétition) ; du tissu cellulaire pelvien ; du péritoine ; déviations de l'utérus, proliférations de la muqueuse gênant le drainage naturel, etc., etc.

En résumé, une foule de conditions favorisent le passage à la chronicité, mais, somme toute, *le foyer initial et d'entretien, c'est la muqueuse.* Quant au principe thérapeutique qui découle de cette manière de voir, *il faut agir sur le foyer initial et supprimer le foyer d'entretien, c'est-à-dire, la muqueuse malade.* Or, les moyens usités d'ordinaire, du moins en France, échouent le plus souvent, surtout si la métrite dure déjà depuis quelque temps, parce qu'ils ne permettent pas d'attaquer les parties profondes. Le véritable traitement consiste dans le *curage* (méthode d'origine française, proposée il y a longtemps par Récamier et abandonnée depuis en raison des accidents consécutifs à une intervention privée alors du secours, capital, de la méthode antiseptique), *dans le curage* pour lequel Doléris emploie à la fois la curette et l'écouvillon, *et l'application de topiques médicamenteux.* Après de nombreuses expériences, entreprises en collaboration avec le Dr Butte, Doléris donne aujourd'hui la préférence à la créosote, en raison de ses propriétés antiseptiques et de sa grande diffusibilité. Il employait au début une solution à 1/10, aujourd'hui, il se sert de solutions à 1/5, à 1/3, quelquefois même de la créosote pure Résultats excellents (1).

Discussion :

M. MARTINEAU. — Il serait assez difficile d'argumenter, en détail, l'importante communication de M. Doléris, après une simple audition. Cependant, je désire faire tout de suite quelques remarques générales. La question a été présentée, surtout, sous

(1) Ce n'est là, qu'un résumé, très bref, de la communication de M. Doléris,

un point de vue chirurgical; en qualité de médecin, je suis un peu autorisé à faire quelque critique.

Et d'abord, des espèces de métrites indiquées par M. Doléris, je concède volontiers *la métrite puerpérale par septicémie.*

Mais je m'inscris complètement en faux contre la réalité de la fréquence de la *métrite par propagation blennorrhagique.*

Depuis dix ans, dans un hôpital, unique peut-être au point de vue de ce genre d'observations, j'ai toujours recherché avec soin cette prétendue propagation. Or, sur plus de *dix mille* cas de métrite, je l'ai rencontrée, en tout, *sept ou huit fois* ! Et cela malgré l'énorme fréquence de la vaginite spécifique.

En revanche, une variété de métrite que M. Doléris a laissée, pour ainsi dire, entièrement de côté, c''est la *métrite dyscrasique.*

Loin qu'elle soit rare, on la rencontre à foison. Et ce n'est pas la muqueuse qui est primitivement malade. Les altérations primitives siègent dans les vaisseaux. Il se passe ici ce qui a lieu dans d'autres organes, le rein, le foie, etc., où à la suite d'un processus d'artério-sclérose, on voit se produire des modifications plus ou moins profondes des tissus. Ces altérations vasculaires favorisent la production d'un épanchement lymphoïde qui est suivi d'un travail de sclérose plus ou moins rapide; au début, l'utérus est mou, gélatineux, peu à peu il devient dur et fibreux. Je dirai encore que ce n'est point l'utérus qui est douloureux. C'est là un fait, constaté chaque jour, par mes élèves. Ce sont les tissus péri-utérins qui sont le siège de la douleur. Si la femme souffre quand on l'examine, c'est qu'on presse sur ces tissus péri-utérins, c'est qu'on exerce des tiraillements en déplaçant la matrice... Je ferai remarquer que M. Doléris a complètement passé sous silence la part que prend le système lymphatique dans l'évolution de la métrite, et cette participation est constante. Il existe toujours un certain degré d'adéno-lymphite ; ganglions péri-utérins engorgés, sensibles à la pression, et souvent parfaitement reconnaissables, qu'on retrouve chez des jeunes filles, chez des vierges. La preuve indiscutable en effet que la métrite constitutionnelle existe, c'est que la métrite existe, *souvent*, chez des jeunes filles vierges, chez des enfants. A mon avis, la métrite dyscrasique est de beaucoup la plus commune. Et cela a une importance pratique considérable. Parce que, si l'on se contente de faire un traitement purement local,la métrite ne guérit pas ou la guérison n'est que momentanée.

N.-B.— M. Martineau n'avait pas encore terminé son argumentation. Mais, en raison de l'importance du sujet, de l'heure avancée, et sur quelques observations présentées par MM. Guéniot et Pajot, la discussion est ajournée à la prochaine séance.

M. Loviot lit une observation d'**Enucléation de l'œil gauche chez une femme enceinte de 2 mois 1/2 environ. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme.**

M. Porak fait un rapport sur une observation lue, dans la séance précédente, par M. le Dr Jouin, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire.

Il s'agissait d'une femme qui était atteinte d'un polype fibreux de la matrice, qui était sous le coup de troubles circulatoires et de la respiration. Il existait, en outre, de l'albuminurie, consécutive sans doute à la compression des uretères. M. le Dr Jouin fit l'extirpation de la tumeur, les accidents dyspnéiques et cardiaques furent en partie amendés, et, fait capital de cette observation, l'albuminurie disparut.

Présentations : M. Blet. — Monstruosité fœtale : **Un cas de cyclopisme chez le fœtus,** monstre de la classe des cyclocéphaliens, genre rhinocéphale, de Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, né à terme, mais n'ayant vécu que deux minutes. Il mesure 50 centimètres et pèse 2,800 grammes. Il porte sur la ligne médiane un œil unique formé par la réunion des quatre paupières, mais sans globe oculaire, et surmonté d'une trompe cylindrique de deux centimètres et demi de longueur et formée par les ailes du nez qui n'ont pu prendre leur place normale. La bouche est très petite. L'enfant présente, en outre, un double pied-bot varus. Il est cryptorchide et la verge est rudimentaire.

Au point de vue obstétrical, la grossesse et l'accouchement ont présenté quelques particularités intéressantes. La mère est âgée de 30 ans et bien constituée ainsi que le père et leurs parents. Elle a eu déjà deux enfants également bien constitués. A cette troisième grossesse, les règles ont persisté pendant les trois premiers mois, et le développement du ventre ne devint apparent qu'au sixième mois pour devenir rapidement excessif, au point d'empêcher toute sortie, six semaines avant l'accouchement.

Le 18 décembre, prise de douleurs à 3 heures du matin, la patiente perdit à 6 heures une quantité de liquide assez grande pour traverser les deux matelas de son lit, et eut une diurèse très abon-

dante pendant toute cette journée. On sentait distinctement par le toucher les pieds de l'enfant à travers la paroi amincie de l'utérus. Les douleurs se renouvelèrent le 21 décembre, puis presque tous les jours jusqu'au 7 janvier, toujours accompagnées d'issue de liquide surtout dans la position couchée.

Le travail commença le 7 janvier, à une heure du matin, et l'accouchement fut terminé à l'aide du forceps à 3 heures du soir, après l'issue pendant la dernière demi-heure de 6 litres de liquide amniotique. Il n'y eut que très peu de sang. L'enfant était venu par la tête alors que, le 18 décembre, c'étaient les pieds qui se présentaient. Cette hydramnios considérable avait facilité la version qui s'était faite spontanément. Le placenta ne présentait rien de particulier. Les suites ont été normales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 décembre.

M. Richelot donne les détails d'une **hystérectomie vaginale pour un épithélioma à forme végétante du col de l'utérus.** — L'opération fut faite, environ six mois après le début présumé de l'affection. L'abaissement de la matrice fut aisé. L'incision de la muqueuse vaginale fut faite à 1 centim. 1/2 du col. Les culs-de-sac libérés, on fit basculer l'utérus. Ligature des ligaments larges et applications sur quelques vaisseaux de pinces hémostatiques qui furent laissées à demeure, tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. Le 3e jour on enleva les pinces, le 4e jour les bourdonnets iodoformés. *Mort cinq jours après l'opération.* On trouva à l'autopsie, dans la cavité pelvienne du pus et des caillots sanguins. M. Richelot est d'avis que, dans les cas analogues, il importe de sacrifier une étendue plus considérable de la muqueuse vaginale. C'est la seule façon de se mettre, autant que possible, à l'abri des récidives. En agissant autrement, on risque de laisser une partie de tissu déjà atteinte par le processus néoplasique bien qu'à l'examen le plus minutieux elle ne présente rien d'anormal. La présence des caillots dans la cavité pelvienne semble démontrer que la ligature des ligaments larges n'a pas tenu. L'emploi de longues pinces (pinces-clamp) eût sans doute empêché cet accident. Enfin, chez ses opérées, il n'enlève la gaze iodoformée que vers le 6e jour, et

s'il pratique des lavages, ce n'est qu'avec la plus grande douceur.

MM. Pozzi et Bouilly insistent également sur l'importance capitale qu'il y a à enlever une large portion de la muqueuse vaginale.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN.

Séance du 22 octobre 1886.

Présentations. — 1° P. Ruge. — *a*) une femme à laquelle, 1 an 1/2 auparavant, il a enlevé l'utérus pour un **carcinome du col.** — L'examen de la pièce avait révélé que la néoplasie cervicale était compliquée d'un carcinome du corps de la matrice. La cicatrisation se fit normalement. Depuis, *pas trace de récidive.*

b) — Un **utérus carcinomateux** enlevé par la voie vaginale.

c) — Une tumeur de la trompe (Hydropisie tubaire).

Hofmeier. — *a*) — Les parties génitales d'une femme morte, en douze heures, d'hémorrhagie due à la **rupture d'un kyste fœtal de la trompe du côté droit** (grossesse extra-utérine de 2 — 3 mois). L'observation se rapporte à une femme de 38 ans. Elle devait être enceinte depuis 2, 3 mois. Elle aurait, au dire de sa sœur, essayé, par un moyen resté inconnu, de se faire avorter. Le 13 août, elle était allée voir sa sœur avec laquelle elle était restée jusqu'à midi. A ce moment, elle était en parfaite santé. Dans la soirée, à six heures, subitement, sans cause apparente, elle fut prise de douleurs violentes dans le ventre, du côté droit. Vomissements, syncopes. Sa sœur appelée en toute hâte, la fit coucher, lui fit prendre une infusion aromatique et lui prescrivit de se tenir en repos. La malade persuadée que ces douleurs n'étaient que le commencement d'un avortement, n'envoya pas chercher de médecin ce jour-là. Le lendemain, les vomissements, les pertes de connaissance se reproduisent. Un médecin est appelé qui conseille le transport immédiat à l'hôpital "*Elisabeth-Krankenhaus*". Elle y arrive, vers 11 heures ; dans un état d'anémie profonde, presque sans pouls, et meurt presque aussitôt.

Résultats d'autopsie. — Femme grande et forte. Sauf un état d'anémie très accusé, tous les organes, à part bien entendu ceux de la sphère génitale, sont normaux. L'utérus, très augmenté de volume, présente au niveau de sa paroi postérieure un fibrome intra-mural. Sur la pièce fraîche, on distinguait très nettement la

caduque utérine, épaisse de 1/2 à 1 centim. Du côté gauche, l'orifice tubaire et l'ovaire sont compris dans des adhérences. Du côté droit, l'extrémité tubaire est libre. Au niveau de son tiers moyen et de son tiers externe, la trompe, fortement dilatée, laisse voir une tumeur kystique de la grosseur d'une noix. Le chorion, l'amnios, le point d'insertion du cordon sont parfaitement distincts. Malheureusement, le fœtus a été perdu au milieu d'une masse de caillots (1 litre 1/4 environ). La rupture, à travers laquelle s'est faite l'hémorrhagie a environ 1 centim. de longueur. On voit sur l'ovaire droit, un corps jaune, vrai.

L'observation précédente, soulève deux questions. Si la veille de la mort, le 13 août, on eut fait un diagnostic précis, cette femme aurait-elle pu être sauvée au moyen de la laparotomie, faite à temps ? Enfin, on peut se demander si le transport à la clinique n'a pas été préjudiciable à la femme, et s'il n'a pas compromis fatalement une guérison qui quelquefois se fait spontanément, à la faveur d'un repos absolu.

b) **Pièces pathologiques provenant d'une grossesse extra-utérine.** — Il s'agissait d'une femme, âgée de 30 ans, primipare. En raison de certaines particularités, on avait posé le diagnostic probable de *grossesse compliquée de myôme de l'utérus*. Et comme, en ce moment, il n'existait aucune indication à une intervention immédiate, on avait décidé qu'on ferait à terme, selon la nécessité, l'opération césarienne. A l'époque présumée du terme, la femme, prise de douleurs accompagnées d'accidents fébriles, se présenta à l'hôpital. Bientôt la tumeur abdominale fut masquée par un météorisme généralisé. La laparotomie fut faite. On constata alors qu'il s'agissait d'un kyste fœtal extra-utérin, envahi par la putréfaction et qui avait déterminé une péritonite. Diagnostic : *grossesse tubo-ovarique droite*. De plus, il y avait à gauche une hydro-salpingite. On enleva le kyste fœtal et l'utérus. La femme mourut, le lendemain, des suites de la péritonite, déjà développée, avant l'opération.

c) **Pièce obtenue au moyen d'une hystérectomie totale pour un cancer du col.** — L'utérus est augmenté de volume, par suite de l'existence d'un myôme interstitiel et en partie intra-ligamentaire. C'est là un exemple de la coexistence rare d'un carcinome et d'un myôme.

CZEMPIN. — **Pièces pathologiques d'une grossesse extra-utérine,**

obtenues au moyen d'une laparotomie pratiquée par Martin, le 20 octobre dernier. C'est le cas d'une femme de 35 ans qui, depuis un an, ressentait de vives douleurs abdominales. Une année auparavant, elle avait présenté des troubles de la menstruation. Dans un examen pratiqué pendant le sommeil anesthésique, on avait trouvé une tumeur dure, inégale, bosselée, grosse comme le poing, et qui paraissait se détacher du fond de l'utérus. On pensa qu'il s'agissait ou d'un myôme sous-séreux, ou d'une tumeur maligne adhérente à l'utérus, et développée aux dépens des annexes du côté gauche.

Laparotomie. — Elle fit voir que la tumeur était constituée par **un lithopédion**, qui avait contracté des adhérences avec plusieurs anses de l'intestin. Le kyste fœtal qui adhérait en outre, à la vessie, à la matrice, au gros intestin, ne put être extrait qu'en partie. La trompe gauche, ainsi qu'un kyste ovarique développé du côté gauche, furent également enlevés. Opération laborieuse, mais hémorrhagie peu considérable. Drainage par le cul-de-sac de Douglas. Le lithopédion avait le volume d'un fœtus de 6 mois. Convalescence ininterrompue. La femme quitte l'hôpital le 20e jour après l'opération.

Loklein. — **Kyste de l'ovaire**, du volume d'une tête d'adulte.

Beely. — **Un bandage** que, d'après les conseils de Martin, il a fait à l'usage des femmes qui ont subi la laparotomie. Martin confirme les avantages réels de l'appareil (1).

P. Ruge. — **Une modification du cathéter de Fritsch.**

Czempin. — **De l'énucléation des myômes intra-pariétaux.** — Depuis l'année 1880 où, le premier, Martin fit l'énucléation d'un myôme utérin sous-muqueux et ouvrit l'utérus comme on le pratique dans l'opération césarienne, l'énucléation pour des myômes intra-pariétaux ou muqueux a été pratiquée 16 fois. La castration, c'est-à-dire l'extirpation des ovaires sains après l'énucléation, ne fut jamais faite, parce que le but de la méthode elle-même était surtout de conserver l'appareil génital. Deux fois seulement, on enleva les ovaires, parce qu'ils étaient atteints par un processus de dégénérescence. La technique de l'opération fut toujours la même : Application d'un lien élastique constricteur autour de l'utérus attiré hors de la

(1) La description de l'appareil doit paraître dans « Deutsch. med. Vochenschrift ».

cavité abdominale. Incision de la paroi utérine au niveau de la tumeur, énucléation de la tumeur, avec ouverture accidentelle de la cavité utérine, suture de la plaie utérine, abandon de la matrice dans la cavité abdominale après enlèvement du lien constricteur, suture de la plaie abdominale.

Sur ces 16 opérations, il y a eu 3 morts. Celles-ci correspondent aux premières opérations. Les 11 dernières ont toutes été suivies de succès. L'ouverture accidentelle de la cavité utérine ne semble pas avoir des suites fâcheuses.

L'influence de l'opération sur les hémorrhagies a été excellente. Pour quelques cas, il y a eu ménopause artificielle; dans d'autres, la menstruation est redevenue régulière et moins abondante. Une fois cependant, dans l'espace d'une année, de nouveaux nodules myomateux se sont développés qui rendent aujourd'hui nécessaire l'amputation supra-vaginale.

En somme, d'après l'expérience acquise, cette méthode, du moins pour le traitement des myômes isolés, paraît devoir être la méthode de choix parce que, la tumeur enlevée, l'organe reste et que le pronostic, en raison de la simplicité de l'intervention et de la nature de la plaie opératoire, est des plus favorables (Cent. für Gynek., nº 49, 1886).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE HAMBOURG

Séance du 20 juillet 1886.

HOTTE. — **De l'albuminurie pendant la grossesse et le travail.** — Hotte a observé trois fois chez la même femme l'albuminurie gravidique. Cette femme, âgée de 38 ans, a eu 8 grossesses. Les troubles de l'excrétion rénale ont été constatés dans les 2e, 3e et 8e grossesses. Les symptômes concomitants se sont manifestés du 7e-8e mois : Céphalalgie, urines albumineuses, cellules et cylindres épithéliaux dégénérés dans l'urine, diminution de la quantité de l'urine excrétée (300, 700 gr. par jour); dans deux grossesses, œdème. *Jamais d'éclampsie.* Le travail s'est constamment déclaré de 4, 6 semaines avant le terme; enfants morts-nés, ou succombant peu après leur naissance. Lors de sa dernière grossesse, la femme avait de l'ictère. L'enfant extrait au moyen de la version, n'était pas ictérique.

Prochownich a vu deux fois se produire la transformation d'une albuminurie gravidique en une néphrite chronique.

Lomer. — **Rapports qui existent entre la mère et le fœtus dans les cas d'ictère pendant la grossesse (1).**

Raether. — Il a observé l'ictère, une fois, pendant la grossesse, l'affection évolue tout à fait comme un ictère catarrhal. Sous le rapport de l'infection de l'enfant, à l'occasion de maladies infectieuses de la mère, il a vu une fois le typhus compliquer la gestation, l'enfant resta sain. 7 fois il a vu la malaria chez la mère sans que jamais l'enfant ait présenté aucun phénomène d'impaludisme.

Happe. — Comme preuve de la possibilité de la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, il cite un cas dans lequel il put, dans les ganglions bronchiques d'un enfant de 14 jours, né d'une femme tuberculeuse, mettre en évidence les bacilles spécifiques.

Reusch a vu l'ictère compliquer la grossesse 4-5 fois. Une femme mourut. Certains de ces enfants présentèrent de l'ictère. (Cent für. Gynk., nº 51, 1886).

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE DE DRESDE

Séance du 4 novembre 1886.

Chazan. — **Des vomissements incoercibles de la grossesse.** — Chazan relate d'abord deux cas de vomissements incoercibles qu'il a observés.

Obs. I. — Elle se rapporte à une femme qui, dans ses deux grossesses, fut prise vers le troisième mois de la gestation de vomissements incoercibles. Ils furent attribués à la rétroflexion de l'utérus. Après redressement de l'utérus, et application d'un anneau-pessaire, les vomissements cessèrent et la grossesse suivit un cours tout à fait régulier.

Obs. II. — C'est le cas d'une femme de 28 ans qui, enceinte pour la quatrième fois, fut prise vers le troisième mois de vomissements

---

(1) Ce travail sera publié *in extenso* dans « Zeitschrift für Geburt. und Gynäk. ».

graves. Malgré des examens répétés, on ne constata pas d'anomalie dans la sphère génitale. Mais l'observation prolongée de cette femme apprit qu'elle était tout à fait désolée de cette nouvelle grossesse et qu'elle n'avait pas de plus vif désir que de la voir interrompue. Les vomissements survenaient parfois brusquement. Détail intéressant, *quand on parvenait, en causant, à fixer l'attention de la malade, les vomissements s'arrêtaient complètement, pendant 1 à 2 heures*. Après quoi, ils se reproduisaient. Après beaucoup de traitements, qui échouèrent tous, on pratiqua un nouvel examen, et on le fit après avoir chloroformisé la femme. Or, « *après cet examen, les vomissements disparurent d'une manière permanente. Pourquoi? Parce que, comme on l'apprit un peu plus tard, la femme avait eu la conviction qu'on avait enlevé l'œuf* ».

Se fondant sur cette observation, Chazan émet l'hypothèse que peut-être, dans la plupart des cas, les vomissements incoercibles sont sous la dépendance d'une maladie générale du système nerveux ou de troubles psychiques, et non le résultat d'une anomalie des organes génitaux.

Léopold divise les malades qui, pendant la grossesse, présentent des vomissements incoercibles en trois groupes.

1° Celles chez lesquelles il existe une déviation de la matrice ; dans ce cas les vomissements sont dus à la compression exagérée du plexus nerveux et à la distension excessive de la paroi musculaire.

2° Chez certaines femmes, les vomissements ne sont dus qu'à une maladie de l'estomac.

3° Chez d'autres enfin, il ne faut accuser qu'un état particulier de nervosisme. Ce sont des personnes seulement nerveuses chez lesquelles il est impossible de constater aucune lésion matérielle.

Il faut toujours s'appliquer à déterminer la véritable cause des vomissements. De plus, on ne doit décider de l'opportunité de l'avortement provoqué qu'en la présence d'un confrère. Et cela, parce qu'on a vu, dans quelques cas, les vomissements continuer après l'avortement et même amener la mort. Sous le rapport du traitement, il conseille d'instituer celui qui a été préconisé par Crédé. Faire prendre à la malade, de cinq minutes en cinq minutes, une cuillerée à café de nourriture, du lait glacé de préférence. Le repos absolu est de rigueur.

Ont pris part à la discussion : Meinert, Grenser, Bode, Klotz et Schütze (Cent. für Gynak., n° 2, 1887).

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 16 *novembre* 1886.

Coe présente un **pessaire à tige intra-utérine qu'une malade a porté trois mois.** — La tige est supportée par un large anneau vaginal. La malade a une déchirure du col et du périnée, intéressant le sphincter; l'utérus est gros, douloureux et antéversé; les tissus circum-utérins sont enflammés. Coe croit qu'un simple pessaire vaginal aurait suffi à maintenir l'utérus en place.

Mundé insiste sur la nécessité de prévenir les malades porteuses de pessaires de l'importance qu'il y a à les enlever aussitôt qu'ils produisent de la gêne.

Dawson présente un **urinal**, fait par le Dr Jay, qui est pourvu d'un anneau vaginal, servant d'ouverture à un long sac en caoutchouc, et destiné aux malades âgées, souffrant de fistules vésico-vaginales.

Hunter répondant à Lee, dit que l'appareil d'Emmet n'est pas muni d'un pessaire.

Tubes à drainage. — Wylie a rapporté d'Angleterre un jeu de drains minces, de diverses formes, et pourvus d'un renflement destiné à empêcher qu'ils n'échappent dans la cavité abdominale.

Hunter désapprouve les ouvertures latérales dans les drains, il a vu l'épiploon s'engager dans ces ouvertures.

Wylie trouve qu'ils sont nécessaires à l'écoulement des liquides, dans le cas où l'ouverture terminale est obstruée par un caillot.

Discussion : Dawson, Lee, Mc Lean, Mundé, Byrne.

Wylie lit un intéressant mémoire sur **la hernie abdominale causée par la laparotomie.** — Pour la prévenir, il a soin de suturer non seulement le péritoine, mais les fascias superficiel et profond, qui sont en réalité les tendons des muscles transverses.

Il est inutile et dangereux d'irriguer le péritoine, et on peut en général enlever le drain au bout de 24 ou 48 heures. Il est plus prudent d'imposer à l'opérée le décubitus horizontal, sur le dos ou sur le côté, pendant trois semaines environ. Il est utile d'admi-

nistrer un lavement de térébenthine ou de fiel de bœuf au bout de 24 ou de 48 heures, car une selle provoquée peu après l'opération diminue la tympanite, arrête les vomissements et diminue le danger des secousses. L'auteur est certain que quelques cas étiquetés péritonite ne sont que des cas d'obstruction intestinale ; il est donc peu partisan de la constipation provoquée par l'opium. Il faut aussi calmer la toux, dont les secousses troubleraient la plaie. Les bandages n'ont pas un effet utile, à moins qu'on ne les porte indéfiniment.

Sims n'a vu que deux cas de hernie venue à la suite de la laparotomie ; ils ont été guéris tous les deux, l'un par lui-même, l'autre par Wylie. Les drains ne sont point, suivant lui, la cause de cet accident. Il fait porter à l'opérée un bandage élastique, pendant un an au moins.

Polk recommande de faire aussitôt que possible l'opération nécessitée par la hernie.

Discussion : Hunter, Mundé.

Séance du 7 décembre 1886.

J. R. Wilson présente une **rate enlevée par la laparotomie.** — L'opérée a guéri sans accident. La malade souffrait horriblement de la rate. Son sang renfermait la proportion normale de corpuscules blancs et rouges. Sa rate pèse 2 livres ; l'opérée ne souffre plus.

La cause probable de l'hypertrophie de l'organe est l'influence de la malaria.

Coe cite deux cas dans lesquels la leucocythémie a fait renoncer à l'opération.

Discussion : Wylie, Hanks, Emerson.

Irrigation de la cavité abdominale dans un cas de collapsus survenu pendant une laparotomie, par Wylie. — Pendant l'opération, la malade tomba dans le collapsus à l'occasion d'une hémorrhagie profonde. Une injection d'eau à 43°,5 la ranima instantanément ; l'hémorrhagie s'arrêta.

Hanks et Janvrin ont vu des cas analogues.

Fibrome intra-utérin enlevé par l'énucléation vaginale chez une vierge, par Mundé. — La malade avait des pertes abondantes. Mundé divisa le col des deux côtés, et administra de l'ergot pendant plu-

sieurs jours, puis incisa la capsule de la tumeur, et détacha celle-ci avec le doigt et une sonde utérine ; il réussit à grand'peine à l'amener au dehors, l'utérus se retourna ; Mundé le réduisit et le remplit de gaze iodoformée. Le col et le vagin ont beaucoup souffert ; une opération autoplastique sera nécessaire. L'opérée va fort bien trois semaines après.

A une question de Mc Lean, Mundé répond que l'emploi des ciseaux eût été impossible vu le peu d'espace dont il pouvait disposer.

Wylie présente deux fibromes énucléés de la même manière.

Grossesse extra-utérine, hémorrhagie interne, rupture du sac, mort, par Mundé.

La malade n'a jamais été enceinte, elle avait eu ses règles six semaines avant d'entrer à l'hôpital. L'abdomen était tympanitique ; il était six heures du soir lorsque Mundé la vit ; il se contenta de prescrire l'application de vessies pleines de glace sur le ventre. L'état de la malade resta stationnaire du mercredi au samedi : elle mourut subitement dans le collapsus.

L'autopsie confirme le diagnostic : grossesse tubaire. Le sac était fortement adhérent dans le cul-de-sac rétro-utérin ; il n'était pas complètement rompu, mais le péritoine était déchiré au niveau de la face postérieure ; c'est de ce point qu'était sorti le sang, dont on trouva encore un litre dans la cavité. Quoique l'opinion du Dr Heinemann qui a fait l'autopsie, soit qu'on n'aurait pas pu arrêter l'hémorrhagie, si l'on avait fait la laparotomie, Mundé regrette de n'avoir pas opéré.

Janvrin possède une pièce presque identique ; et il la décrira dans les comptes rendus de la Société gynécologique américaine de 1886. Le diagnostic fut fait dès la cinquième semaine ; à la sixième, la malade eut du collapsus ; elle se remit et Janvrin se contenta d'appliquer le courant de 14 à 16 éléments pour tuer l'embryon. Après la troisième séance, la malade eut une perte profuse, qui l'emporta en 40 minutes. C'est le premier cas qu'on connaisse, de rupture du sac, survenue après l'emploi de l'électricité.

Janvrin est un partisan déclaré de la laparotomie dans les cas où il y a une rupture superficielle ; c'est le seul moyen d'arrêter l'hémorrhagie. Il ne croit pas avec Tait, que le diagnostic de la grossesse ectopique soit impossible, avant l'ouverture de l'abdomen.

WYLIE croit ce diagnostic malaisé.

Discussion. — HARRIKS, HANSOU, MUNDÉ, COE.

Pyo-salpinx double, abcès d'un ovaire, laparotomie. Guérison, par MUNDÉ.

Hémato-salpinx, laparotomie. Guérison par MUNDÉ. — Le volume du sac changeait assez souvent, il paraissait se vider par l'utérus. Le sac se rompit pendant l'opération, et son contenu se déversa dans l'abdomen, qui fut lavé avec soin.

Les adhérences intra-pelviennes anciennes peuvent-elles être allongées par une pression continue exercée à travers le fond du vagin, par COE. — L'adhérence *ancienne* est la suite d'une inflammation pelvienne antérieure. Les adhérences sont moins graves dans les autres organes, que dans les organes pelviens ; ainsi un malade peut arriver à respirer « très confortablement », quoique l'un de ses poumons soit gêné par de vieilles bandes pleurétiques. Parfois les ligaments sacro-utérins, nommés par LUSCHKA « *retractores uteri* » se contractent pendant un examen; l'anesthésie fait cesser leur contraction; on ne pourra donc plus croire à leur raccourcissement inflammatoire. Le fond du vagin, après la mort est étonnamment distensible, mais d'énormes tampons introduits dans le cul-de-sac ne les tendent même pas ; l'utérus est seulement remonté; le col se dirige plus en arrière, et la flexion *augmente.*

Discussion renvoyée à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 4 novembre 1886.

PRICE présente les pièces de deux cas de **pyo-salpinx** tous les deux d'origine blennorrhagique.

H. A. KELLY présente un **sarcome** aussi gros que la tête d'un homme qu'il a enlevé de la paroi abdominale antérieure.

Il présente aussi les pièces d'une **grossesse ovarique.**

BEATES croit que c'est un kyste para-ovarique.

PRICE ne lui trouve aucun des caractères d'une grossesse tubaire.

KELLY y démontre la présence du tissu ovarien, qui prouve que ce n'est pas un kyste para-ovarique.

LONGAKER présente une **substance fibro-sarcomateuse,** expulsée

par l'utérus, 29 jours après un accouchement normal. La malade a eu une hémorrhagie le second jour, et de la fièvre la troisième semaine.

KELLY croit que c'est un morceau de placenta et demande ce qu'on doit faire en présence d'une accouchée qui a une température élevée et une perte odorante.

BAER place la femme sur le dos et gratte ou lave l'utérus, puis applique de l'iode ou du sublimé.

BEATES introduit le doigt dans l'utérus, et enlève toutes les masses adhérentes.

LONGAKER ne doute pas que la pièce soit un fibrome enfoui dans l'épaisseur du segment inférieur de l'utérus ; la rétraction et l'involution utérines l'ont *affamé* et énucléé, ce qui a demandé du temps.

BEATES, au nom de la commission nommée pour l'examen du *fibrome ovarien* présenté par Baer dans la séance d'octobre (1) dit que c'est un vrai squirrhe, qui n'a rien d'ovarien que son origine.

H. A. KELLY lit un mémoire sur une nouvelle opération, qu'il nomme *Hystérorrhaphie* et qu'il propose pour les cas incurables de rétroflexion ; elle peut, d'après lui, remplacer avec avantage l'ablation des annexes de l'utérus.

Cette opération consiste dans « la suspension par une suture de l'utérus mal placé ».

Mme W... âgée de 29 ans, a toujours souffert d'une rétroflexion, amenée par une chute, et qui a causé « une maladie ovarienne chronique ». Après l'essai de traitements divers, elle subit l'oophorectomie vaginale, au printemps de 1884. Elle ne fut que peu soulagée, et, le 25 avril 1885, avec l'aide des docteurs J. Price, J.-B. Risk et Radcliffe Cheston, Kelly fit une incision longue de 6 cent. 5 et enleva la trompe et l'ovaire gauche. La trompe droite, dont l'ovaire avait été enlevé par le vagin, était représentée par des cordons durs. Il lia « la corne gauche en deux points, à 5 millim. de distance l'un de l'autre, et entre eux passa deux fils de soie qu'il conduisit à travers le tissu utérin, la paroi abdominale, le péritoine pariétal, à quelques millimètres dans le tissu sous-jacent, et de nouveau à travers le péritoine, les lia fortement, fixant ainsi l'utérus en antéposition, à 4 centimètres au dessus du pubis, à gauche de l'in-

(1) *Annales de Gynécologie*, 1887, t. I, p. 74.

cision ». Un an plus tard Kelly fut obligé d'enlever la trompe droite, affectée d'hydrosalpinx. La malade ne souffre plus, l'utérus est en bonne position.

KOEBERLÉ (*Handbuch die Frauenkrankheiten*, Band I, II. 767) a fait une opération analogue, qui a réussi.

L. TAIT, dans deux cas *(diseases of the ovaries)*, fixa de même l'utérus à la paroi abdominale, au grand bénéfice de la malade. Sänger a opéré ainsi dans 2 cas, et réussi à maintenir l'utérus antéversé

OLSHAUSEN a trouvé qu'à la suite de cette opération, la vessie n'est pas gênée dans ses fonctions, au contraire. Il ne croit pas qu'elle puisse troubler une grossesse subséquente, car les adhérences sont allongées par le développement de l'utérus. P. Müller a quelquefois suturé l'utérus prolabé à la plaie abdominale (*corresp. Blatt für Schsveitz : Aerzte*, 1877).

Manuel opératoire. — « Il faut passer des sutures interrompues à travers les deux cornes utérines et les fixer à la paroi abdominale, des deux côtés de l'incision, à une distance égale à un peu moins de la longueur du diamètre transversal du corps de l'utérus, et à deux ou quatre centimètres au-dessus du pubis. Si l'on enlève les annexes, il faut passer les sutures directement à travers les pédicules, entre deux ligatures.

« Si l'on opère pour une rétroflexion on peut ne comprendre dans la ligature que les ligaments ronds, ou mieux la placer au-dessus du point d'union de l'utérus à la trompe. Il faut agir ainsi dans tous les cas de rétroflexion accompagnée des symptômes indiqués, lorsque les traitements ordinaires auront échoué. On doit terminer par cette opération, toute opération faite sur les annexes, lorsque l'utérus sera fléchi depuis longtemps, et ne reste pas en place lorsqu'on l'élève ; on pourra même déchirer de légères adhérences. »

L'auteur n'a pas l'espoir que cette opération puisse s'appliquer avec avantage au prolapsus. Dans cette maladie, il faut que le col soit maintenu en arrière, et le fond, en avant. Si le col descend, l'utérus se trouve dans l'axe du vagin et tend à sortir. C'est ce qu'on cherche dans les opérations faites sur le vagin ; créer un fort arc-boutant en arrière, une forte *barre* de tissu entre le col et l'urèthre qui soutienne le col et l'empêche de sortir. Puis, l'auteur fait une théorie intéressante sur les forces qui soutiennent l'utérus, ou le replacent, lorsqu'il tend à descendre.

Drysdale a fait une deuxième opération sur une dame ovariotomisée par Atlee, 18 ans auparavant. Drysdale a trouvé l'utérus fixé au bord de l'ouverture faite par Atlee ; le prolapsus ne s'était pas reproduit. Il n'a jamais vu de rétroversion que ne puissent guérir les pessaires lorsqu'on a guéri l'endométrite qui l'accompagne.

Price fait remarquer que L. Tait croit dangereuse la suture du fond utérin à la paroi.

Baer demande pourquoi; cette méthode lui paraissait rationnelle, il pense aussi que les pessaires doivent suffire à la guérison.

Longaker craint pour la vessie ; il doit être dangereux de fixer l'utérus en antéversion.

Harris rappelle le cas d'une dame Reybold, dont l'utérus fut ainsi suspendu pendant 50 ans ; elle mourut à 80 ans. Son utérus avait pris la forme d'une langue : son vagin était allongé aussi.

Kelly n'a point eu l'intention de dire que son traitement dût supplanter les autres, qui sont plus souvent indiqués.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 17 septembre 1886.

Amputation susvaginale de l'utérus gravide, fibrome multiloculaire, par J. H. Etheridge. — Mme A. B..., âgée de 34 ans, n'a jamais eu d'enfant ; il y a quatre ans, elle consulta le Dr Knox, qui reconnut une rétroversion et plaça un pessaire. Le 10 mars 1884, Knox, consulté de nouveau, constata le retour de la rétroversion, réduisit l'utérus, et fit un traitement contre les menaces de pelvicellulite. Deux jours plus tard, il reconnut l'existence d'un myôme sous-péritonéal et prescrivit de l'ergot. Un second fibrome se développa. En mai 1886, Mme B... consulte de nouveau Knox pour des nausées ; les règles s'arrêtent, l'état des mamelles fait diagnostiquer une grossesse. Knox attend trois mois, puis il introduit dans l'utérus une sonde qui pénètre à dix centimètres de profondeur ; les nausées cessent. Knox fit une incision allant de 25 millimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à 40 millim. du pubis. La tumeur n'était pas adhérente. L'opérateur fit une boutonnière à la capsule, et énucléa la tumeur, puis lia le pédicule avec le serre-nœud de Koeberlé.

L'opérée eut des vomissements mais pas de frisson et fut nourrie

par le rectum. Le troisième jour, la perte eut de l'odeur. La température ne dépasse jamais 39°,5.

A l'autopsie, on trouva le bassin plein de pus et de sang ; l'auteur regrette de ne l'avoir pas drainé. Le fœtus était un garçon ; la tumeur, examinée par le Dr Ochsner, est un fibrome du poids de 10 livres.

L'auteur insiste sur les dangers auxquels est exposée une femme atteinte de fibrome qui devient enceinte.

Puis il cite 15 cas semblables, empruntés à Kaltenback, Wasseige, Nöberding, Schrieder, Walter, Storer, Tarnier, Zweifel, Cataliatti, Prochownick, Fochier, Handfield Jones, Hofmeier, Meredith, donnant 9 morts, 6 guérisons et un résultat inconnu.

CH. T. PARKES **raconte un cas heureux d'ablation de l'utérus pour des fibroïdes.** — La tumeur pèse 14 livres. Parkes, après l'opération plaça un drain ; la température ne monta jamais à 38°.

J. S. KNOX raconte qu'il a traité deux malades atteintes de fibromes dont les menstrues étaient normales. Les tumeurs ont continué à se développer, malgré l'ergot. Les symptômes graves n'ont commencé qu'avec la grossesse. Knox insiste sur le danger de l'avortement ; dans ce cas, et il n'a pas voulu opérer avant la fin du troisième mois de la gestation. Malgré l'introduction de la sonde à une profondeur de dix centimètres, les malades n'avortèrent pas.

E.-C. DUDLEY recommande la ligature élastique, on peut préparer les tubes en caoutchouc à l'avance et choisir, au moment de l'opération, celui dont on a besoin.

H.-P. MERRIMAN, qui assistait à l'opération d'Etheridge, a remarqué le soin qu'il a mis à faire les ligatures, tous les points sectionnés étaient parfaitement secs ; le drain paraissait absolument superflu ; néanmoins il s'est produit un suintement, et l'opérée est morte de septicémie. Merriman est convaincu que le placement d'un drain l'aurait sauvée.

Discussion. H.-T. BYFORD, NELSON, C.-T. PARKES, BARTLET.

Séance du 22 *octobre* 1886.

NELSON, en quittant le fauteuil de la présidence, pour le céder à CH. W. EARLE prononce un discours dans lequel il approuve l'habitude des Israélites qui consultent un médecin avant de marier leurs filles.

Puis il remarque que les étrangères qui viennent en Amérique avec des dents superbes, ne tardent pas à les voir se carier et tomber. Cela tient à leur nourriture, qui ne contient pas assez de substances inorganiques. La mouture enlève au pain sa partie inorganique, ne laissant dans la farine blanche que l'amidon et un peu du gluten : le pain noir, qu'on ne mange plus guère, renferme une plus grande quantité des éléments nécessaires, à la constitution des os et des dents (1).

Lorsqu'une grossesse survient chez une femme ainsi mal nourrie, le fœtus qui a besoin de matériaux inorganiques pour son squelette, les emprunte aux os et même aux dents de sa mère. Si ces matériaux sont en grand défaut, le fœtus peut en souffrir aussi ; mais la mère est la première affectée. Il faut remédier à cet état de choses en lui donnant des sels de chaux et de magnésie.

La fille, au moment de la puberté, a besoin d'une plus grande quantité de nourriture que le garçon, surtout de matières inorganiques. Nelson entreprend une utile campagne contre le corset, et en faveur de l'allaitement maternel. En Norwége, où les mères allaitent en général leurs enfants, la mortalité infantile n'est que de 18 0/0 dans les 5 premières années; elle est de 40 0/0 en Amérique.

On a fait 40 millions de biberons en Amérique, l'année dernière.

Enfin, Nelson, avec une grande autorité, insiste sur la nécessité de l'exercice physique pour les femmes, et sur l'accroissement de la population, qui n'est pas ce qu'il devrait être.

Les causes de cet état de choses sont multiples; Nelson indique le luxe, l'habitude de vivre dans les hôtels et insiste particulièrement sur les suites de la blennorrhagie signalées par Noeggerath, en 1872.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 21 *octobre* 1886.

C.-O. WRIGHT. — **Ectopie menstruelle.** Les trois malades sont blondes. L'une a eu une vaginite, l'utérus est très petit, elle perd régulièrement du sang par la bouche.

La seconde a eu des hémoptysies menstruelles. La troisième de

(1) Ne doit-on pas accuser aussi l'abus des liquides glacés habituel en Amérique ? (A. C.)

même. Ces deux dernières sont réglées normalement maintenant.

Wright parle des opinions des auteurs sur ces cas Wilkes, les nie positivement (1), R. Barnes et Wiltshire en ont observé de fort probants.

Palmer a vu des cas d'ectopie menstruelle; la durée de la maladie n'a jamais été très longue. Un peu avant l'éruption, la température s'élève et la tension vasculaire et nerveuse augmente. La prédisposition des blondes à cet accident signalé par Wright lui paraît due à la faiblesse relative de leur système vasculaire.

Pour Zinke, le stimulus menstruel n'est pas toujours dormant pendant la grossesse; parfois les règles se montrent, ou bien le sang ne pouvant sortir par l'utérus gravide prend une autre voie, comme dans le troisième cas de Wright.

La *théorie de l'habitude* lui paraît assez fondée; on voit des gens, habitués à être saignés régulièrement, se trouver incommodés, si l'évacuation sanguine n'est pas faite au moment accoutumé.

G.-S. Mitchell dit que, quoique la première menstruation soit due à l'ovulation, les règles peuvent continuer par la force de l'habitude. La menstruation normale suppose des ovaires et un utérus normaux. Aucun des cas qu'il a vus n'a duré plus de 10 mois; il est rare que l'hémorrhagie *vicariante* soit dangereuse par son abondance.

Une jeune malade de 23 ans, observée par S.-E. Jones a vu ses règles s'arrêter à la suite d'un refroidissement. Dès lors, elle a, tous les 28 ou 29 jours, un écoulement abondant, laiteux par les deux seins ; cet écoulement dure 36 heures.

Une autre a une hématémèse menstruelle.

Un médecin d'Indiana lui a parlé d'une dame qui a une leucorrhée abondante, remplaçant le flux sanguin. Sur ces 3 malades deux sont brunes, l'autre est blonde.

Pour W.-H. Wenning, la *vraie* ectopie menstruelle est fort rare. Quelque maladie pulmonaire peut expliquer la disposition à une hémoptysie régulière. Faut-il pour cela la nommer *menstruelle?* Le sang n'a pas la composition de celui qui s'écoule pendant les règles utérines. Nous connaissons tous des aménorrhéiques chez qui la tension vasculaire s'élève au moment où l'écoule-

---

(1) Voir la discussion sur le mémoire de R. Barnes à la Société gynécologique du 14 avril 1886, *Brit. Gyn. Journ.* (Juillet 1886, p. 151 à 207 A. C.).

ment utérin devrait paraître; elles n'ont néanmoins aucune hémorrhagie ectopique.

La tension nerveuse et vasculaire suffisent à nous faire comprendre la congestion, mais non l'écoulement périodique par l'utérus, d'un liquide semblable à du sang, nous ne pouvons par conséquent pas nous expliquer les écoulements ectopiques.

PALMER, en terminant, avoue que l'habitude peut jouer un certain rôle dans la continuation d'une perte génitale, mais il croit que le plus souvent, l'ovariotomiste a dû laisser quelques parcelles de l'ovaire.

(Résumé, d'après l'*Am. journ. of Obst.*, 1887, p. 50-94, par A. *Cordes*).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies des ovaires, par le Dr LAWSON-TAIT (1). — L'ouvrage que nous allons analyser, est dû à la plume d'un chirurgien des plus éminents de l'Angleterre, le Dr Lawson-Tait, chirurgien de l'hôpital des Femmes, de Birmingham, président de la Société de gynécologie de Londres, etc.

En tête du livre nous trouvons une préface des plus élogieuses, due à la plume de M. le Dr Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et chirurgien des hôpitaux.

Le livre qui contient près de 800 pages in-8° est divisé en 6 chapitres et renferme 58 figures intercalées dans le texte.

Le premier chapitre consacré à l'anatomie et à la physiologie de la trompe et de l'ovaire, ne comprend pas moins de 50 pages.

L'auteur a étudié avec soin l'anatomie des organes génitaux internes persuadé que cette anatomie est indispensable à connaître si l'on veut éviter des mécomptes dans le traitement des maladies des femmes.

L'anatomie normale a conduit naturellement l'auteur à étudier l'anatomie pathologique des ovaires et des trompes. Dans ce deuxième chapitre l'auteur passe en revue les erreurs de développement

(1) Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon. Paris. 1886.

et les déplacements des ovaires et des oviductes, la salpyngite, l'hydrosalpyngite, l'hémosalpyngite et la grossesse tubaire.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de l'ovarite, de la périovarite, de la cirrhose de l'ovaire, des abcès de l'ovaire.

Dans une quatrième partie nous passons en revue les tumeurs de l'ovaire et les affections qui les simulent, puis vient dans le chapitre V l'étude de l'ovariotomie, enfin dans le chapitre VI, nous trouvons consignés les progrès récents faits dans la chirurgie abdominale et pelvienne : Enlèvement des annexes de l'utérus, traitement chirurgical des calculs biliaires, hépatotomie, enfin le traitement de la suppuration pelvienne par la section abdominale et le drainage.

Si nous envisageons le livre au point de vue de la médecine opératoire nous constatons que l'auteur propose sans hésiter l'incision abdominale comme moyen de diagnostic « *dans tous les cas de maladie de l'abdomen ou du bassin dans lesquels la santé est détruite ou la vie menacée, et dans lesquels l'état de la malade n'est pas dû à une affection maligne* ».

Cette audace chirurgicale, qui a été presque toujours couronnée de succès, dans les mains du chirurgien de Birmingham résulte de ce fait que l'ouverture du péritoine ne présente guère de gravité, quand l'opération est conduite avec précaution. Ce qui nous frappe tout particulièrement c'est que l'auteur rejette, de propos délibéré, les moyens antiseptiques imposés par Lister. Pour lui l'acide phénique loin d'être utile serait, au contraire, nuisible par l'irritation qu'il produit sur la séreuse péritonéale. L'emploi de l'eau bouillie rendue ainsi aseptique, et la propreté minutieuse des instruments et des opérateurs suffit pour obtenir de brillants résultats. Cette opinion est d'ailleurs défendue par des hommes éminents tels que Kœberlé et Gallard.

Si nous envisageons la partie du livre qui a trait à la castration ou opération de Battey, nous voyons que l'auteur considérant l'hystérectomie comme une opération souvent fatale conseille d'abandonner le fibrome et de n'enlever que les ovaires. Cette castration a pour résultat de faire cesser les hémorrhagies, et de permettre aux malades de vivre tout en conservant la tumeur dont elles sont atteintes ; ajoutons qu'il convient d'enlever toujours en même temps les trompes.

Enfin, nous devons fixer notre attention sur les opérations né-

cessitées par la présence d'épanchements sanguins ou purulents siégeant dans la cavité du bassin. L'auteur conseille alors d'ouvrir ces épanchements, de les curer, de les drainer et de les fixer à la paroi abdominale.

Pour ce qui est de la rupture des kystes constitués par une grossesse extra-utérine, il convient d'ouvrir largement le péritoine, d'arrêter les hémorrhagies et de drainer la poche sans toucher au placenta.

Terminons en disant que l'auteur conseille d'évacuer les calculs contenus dans le vésicule biliaire par l'incision abdominale.

Nous ne pouvons nous empêcher d'admirer la hardiesse du chirurgien de Birmingham, les succès qu'il a obtenus justifient d'ailleurs pleinement sa manière de procéder.

Cette analyse rapide suffira, nous l'espérons, pour donner à nos lecteurs le désir de lire ce livre, dont M. le Dr Adolphe Olivier vient de nous donner une traduction très remarquable.

Vocabulaire médical Allemand-Français, par le Dr Hahn (G. Steinheil, éditeur). — Il suffit de mentionner l'ouvrage pour qu'on se rende compte des services qu'il est appelé à rendre.

Il n'est certes pas besoin d'insister longuement sur la nécessité où l'on est de se tenir au courant des travaux qui se font à l'étranger, et, en particulier, en Allemagne. Ceux surtout qui se sont toujours intéressés à l'étude des maladies des femmes savent combien les gynécologistes d'outre-Rhin (Hégar, Kaltenbach, Schroder, Léopold Martin, etc.), ont contribué aux progrès, tout au moins de la gynécologie opératoire. Or la période des recherches, des innovations, des perfectionnements, est loin d'être fermée. Autant que jamais, il importe de savoir ce qui se fait chaque jour, afin de bénéficier des résultats acquis, comme aussi de contrôler, d'améliorer même des procédés encore discutables.

On ne peut donc, croyons-nous, que féliciter vivement MM. Hahn et Steinheil d'avoir, grâce à la publication de ce vocabulaire, extrêmement commode par sa forme et par ces dimensions, singulièrement facilité une tâche qui a dû paraître passablement ardue à tous ceux qui l'ont entreprise en l'absence d'un pareil auxiliaire.

Le gérant : A. Leblond.

HAVRE — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

OVARIOTOMIE

KYSTE DE L'OVAIRE TRANSPLANTÉ. ACCIDENTS DU NOUVEAU PÉDICULE

ÉTUDE SUR LA SÉPARATION COMPLÈTE ET LE SORT ULTÉRIEUR

1° *des kystes ovariques; 2° de l'ovaire.*

Par M. le Dr **V. Chalot**, professeur à la faculté de médecine de Montpellier.

La strangulation du pédicule des kystes ovariques soit par torsion soit par un autre mécanisme est aujourd'hui parfaitement connue grâce aux très nombreux travaux qui ont été publiés depuis une quarantaine d'années. On sait qu'elle est commune ; on est tout à fait éclairé sur la gravité des accidents qui l'accompagnent lorsqu'elle survient rapidement ou brusquement ; on a appris à la diagnostiquer sur le vivant, au moins dans la plupart des cas ; et, par suite, on a pu établir le principe de l'intervention immédiate, principe dont

l'application a donné déjà les plus heureux résultats et que M. Terrillon a rappelé avec tant d'autorité devant le dernier Congrès français de chirurgie.

Ce qui est moins connu, si l'on en juge par la rareté des observations publiées, c'est la séparation complète des kystes consécutive à la strangulation de leur pédicule para-utérin, ce sont les conséquences multiples de cette séparation.

Sans doute, en se fondant sur les quelques faits observés et sur l'analogie, presque tous les auteurs depuis Rokitansky ont signalé à tour de rôle les principales destinées des kystes séparés : accroissement persistant, état stationnaire, atrophie, métamorphoses régressives (sclérose, adipose, calcification), et même résorption définitive. Sans doute aussi, dans les relevés statistiques de leurs ovariotomies, beaucoup de chirurgiens ont appelé l'attention sur des kystes adhérents, qu'ils ont eu la plus grande peine à énucléer et auxquels, après la rupture et la section des adhérences, ils n'ont trouvé aucun pédicule. On peut et l'on doit admettre enfin que plusieurs des cas où la multiplicité, la solidité et la nature des adhérences ont obligé les chirurgiens à suturer le kyste à la paroi abdominale et à le traiter par le drainage, se rapportent à des kystes qui s'étaient détachés de leur implantation normale et que des inflammations successives périkystiques avaient couverts d'adhérences.

Mais il est d'autres éventualités que le chirurgien doit connaître, parce qu'elles comportent le même pronostic grave, la même indication d'intervention urgente que la strangulation aiguë, et que la rupture brusque de l'ancien pédicule. Dans le cas, par exemple, de transplantation du kyste avec formation d'un nouveau pédicule, ce dernier peut subir notamment une torsion aiguë, une rupture soudaine, complète ou incomplète, une élongation rapide, sans compter son rôle possible dans un étranglement intestinal. La malade qui porte un kyste ainsi transplanté, a échappé aux dangers du pédicule primitif, mais elle est de nouveau exposée aux dangers du pédicule d'emprunt, lesquels sont

absolument les mêmes. Il est cependant vrai aussi que, si les vaisseaux du pédicule sont oblitérés ou tordus peu à peu la tumeur peut diminuer de volume, se ratatiner et se transformer en une masse inoffensive, tout comme cela se voit avec la torsion lente du pédicule para-utérin.

J'ai eu précisément l'occasion, il y a quelques mois, d'opérer une malade qui avait un kyste séparé à pédicule épiploïque et chez qui la rupture partielle du pédicule s'était accompagnée d'un épanchement de sang dans la péritoine avec développement consécutif d'une ascite assez considérable. L'origine ovarique du kyste était nettement démontrée par la présence d'une trompe sur la face externe du kyste, et par l'absence de trompe constatée à gauche de l'utérus pendant l'opération.

Je rapporterai d'abord cette observation en l'accompagnant des quelques réflexions qu'elle m'a suggérées et des conclusions qui m'ont paru en découler. Puis j'essaierai d'ébaucher une étude générale des kystes de l'ovaire séparés, et je terminerai ce mémoire par quelques mots sur la séparation de l'ovaire lui-même.

I

OBSERVATION. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — NATURE DE LA TUMEUR. — CONCLUSIONS.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche à pédicule épiploïque en partie rompu. Kyste uniloculaire tubo-ovarien du côté droit. Ovariotomie double. Guérison.

Maria Bibé, 24 ans, cuisinière, non mariée, nullipare, domiciliée à Sabazan (Gers). Première consultation le 26 mai 1886 pour une tumeur qu'elle a dans le ventre et qu'elle a remarquée pour a première fois, il y a 3 ans, *en bas et à droite.* Cette tumeur a grossi peu à peu sans douleurs; peu à peu aussi le ventre s'est rempli d'un liquide qui a nécessité la ponction, il y a 2 ans. M. le Dr Coué-cou (de Nogaro) qui a pratiqué la ponction, m'a dit plus tard

que le liquide extrait était clair, séreux, citrin, comme celui de l'ascite ordinaire.

Bientôt après, **inflammation grave du ventre** pour laquelle on a employé successivement des cataplasmes émollients, de l'onguent napolitain, quinze sangsues, et, plus tard, une série de larges vésicatoires volants. Les douleurs disparurent, mais le ventre resta distendu par du liquide pendant plusieurs mois. Ce n'est qu'après avoir pris de l'eau-de-vie allemande et du nitre, que la malade vit son ventre redevenir comme il était auparavant, à part la tumeur qui avait notablement augmenté de volume. Aujourd'hui, cette tumeur empèche la malade de travailler et la fatigue beaucoup par son poids et par sa mobilité.

Instauration menstruelle à l'âge de 14 ans, après plusieurs mois de maux d'estomac et de vomissements. Menstrues régulières depuis cette époque, sans douleurs.

La malade est maigre, anémique et d'un tempérament très nerveux. Point de fièvre ni autres manifestations morbides.

Examen local. — Au niveau de la fosse iliaque droite, tumeur très mobile, indolente, rénitente, à grosses bosselures, à contours arrondis et parfaitement nets, aplatie d'avant en arrière et de gauche à droite, sans aucun bruit de souffle, matité absolue au niveau de la tumeur, sonorité intestinale sur les côtés et en arrière de la tumeur. Utérus normal à tous les points de vue. Circonférence du ventre à la hauteur de l'ombilic = 0,95. Rate et reins à leur place.

Diagnostic : *Très probablement kyste multiloculaire de l'ovaire droit à pédicule très long.*

La laparotomie est décidée et acceptée avec empressement. Mais des circonstances particulières m'obligent à l'ajourner jusqu'aux grandes vacances.

7 août. La malade vient me revoir. Les règles devant arriver dans la huitaine, et comme je voulais d'autre part remonter l'état général avant l'opération, celle-ci est fixée définitivement pour le 25 août.

Malheureusement, le 11 août, à la suite d'une soirée de danse folle, **nouvelle inflammation du ventre** qui condamne la malade au lit pendant un mois ; moi-même, d'un autre côté, suis obligé d'aller passer quelques semaines dans un département voisin avec ma famille, et ce n'est qu'à mon retour, le 12 septembre, que je puis

revoir la malade, qui avait été, du reste, fort bien soignée par deux excellents confrères de la région. La malade se lève et se promène d'une chambre à l'autre; elle ne souffre plus du ventre; mais elle a une ascite énorme. Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic = 1 m. 10 c ; distance de l'appendice xiphoïde à l'ombilic = 0,22 c, et de l'ombilic à la symphyse pubienne = 0,24 c. Amaigrissement et anémie considérables. Apyrexie. Pouls petit et faible = 140.

25 septembre. Ponction de l'ascite par M. le Dr Couécou ; évacuation de 8 litres 1/2 seulement de liquide ; celui-ci a une couleur chocolat. Cette ponction avait été recommandée dans le but de prévenir les dangers de décompression brusque qui auraient pu suivre l'évacuation d'une trop grande masse de liquide au moment de la laparotomie. Les règles attendues le 17 septembre ne sont pas venues.

Le 30. Ovariotomie avec le concours de MM. les Drs Barrère, Bruzau, Couécou et Loumaigne. Désinfection des mains, des instruments, du champ opératoire avec l'acide phéniquè (2 1/2 et 5 0/0). Pendant l'opération, emploi d'eau bouillie chaude, sans spray.

Injection hypodermique de 1/2 centigr. de chlorhydrate de morphine, puis anesthésie avec le chloroforme, dont une petite quantité a suffi.

1er temps. — **Incision** médiane de 12 cent. environ remontant au-dessus de l'ombilic.

Issue d'un liquide couleur chocolat qui a pu être recueilli dans un vase et dont la quantité était de 7 litres.

2e temps. *Réduction et attraction de la tumeur.* — La tumeur présente à l'ouverture de l'abdomen une grosse bosselure dont la surface est d'un blanc mat uniforme légèrement jaunâtre, un peu rude, sans aucun poli. Ponction de cette bosselure avec le trocart de Spencer Wells ; il ne sort qu'un peu de liquide couleur chocolat. Alors, je retire le trocart et j'exprime le kyste ; il s'échappe une quantité de flocons d'une matière gélatineuse jaune, avec quelques caillots de sang noir et un peu de liquide rouge foncé.

Introduction de l'index, puis de l'index et du médius droit à travers l'ouverture du kyste pour dilacérer son intérieur et réduire son volume.

Attraction un peu pénible de la tumeur hors de l'abdomen, en

la présentant de *champ* à l'ouverture ; car elle est aplatie en forme de disque. Suivant le diagnostic et le cas ordinaire, je m'attendais à trouver sa partie inférieure rattachée à droite de l'utérus par un pédicule formé du ligament large et de la trompe. Or, il n'y avait rien de semblable ni d'un côté ni de l'autre. La tumeur est entièrement libre, excepté en haut, où elle est comme suspendue à un gros cordon rond, rouge foncé, parsemé à sa surface de petits pelotons graisseux jaunes, du volume du pouce, long de 12 cent. environ, et qui se continue directement en haut avec le grand épiploon (voir fig. 1 ci-jointe).

3e temps. *Ligature et section du pédicule épiploïque.* — A 8 cent. du kyste, transfixion du pédicule par un fil double de soie phéniquée (n° 4) et constriction en deux moitiés ; chefs coupés au ras. Nouvelle constriction du pédicule à 1 c. 1/2 au-dessus des précédentes ligatures, mais cette fois ligature en masse ; chefs coupés au ras. Section du pédicule avec le bistouri à 6 c. 1/2 du kyste. Badigeonnage du moignon avec une solution de chlorure de zinc 10 0/0 ; puis abandon dans le ventre.

4e temps. *Examen de la cavité pelvienne.* — Cette cavité une fois débarrassée avec des éponges du liquide couleur chocolat qu'elle renferme encore, je remarque tout d'abord une congestion intense de l'utérus et des parties voisines, congestion qui se traduit par une coloration uniforme d'un rouge vif. A gauche de l'utérus, point d'ovaire ni de trompe, rien que le ligament rond ; à la place de ligament ovarique et de la trompe, je ne vois qu'une duplicature fort mince, fibroïde, qui part de l'angle de l'utérus et se perd en pente rapide sur le plancher pelvien. A droite de l'utérus, trompe très flexueuse, normale ; ovaire également normal ; mais entre son extrémité externe et le pavillon tubaire existe un kyste parfaitement sphérique, à surface lisse, en grande partie transparent, sans adhérence aucune, du volume d'un œuf de poule (Kyste tubo-ovarien). L'utérus est normal sous tous les rapports. Aucune trace de pelvi-péritonite.

5e temps. *Excision de ce kyste et toilette définitive de la cavité abdominale.* — J'attire le kyste à l'ouverture de l'abdomen, l'excise presque tout entier avec les ciseaux, et ne laisse que la partie de son implantation qui est en rapport intime avec le pavillon et l'ovaire. J'étreins cette partie en arrière au moyen d'une double ligature de catgut que j'ai passée par transfixion et qui a

pour but de faire l'hémostase et du côté du pavillon et du côté de l'ovaire ; puis je la badigeonne avec la solution de chlorure de zinc, et remets le tout, trompe et ovaire, en la place normale. Le kyste ne contenait qu'une petite quantité d'un liquide clair et séreux ; il était presque totalement rempli par une masse molle, jaunâtre, graisseuse.

La cavité abdomino-pelvienne est rapidement passée en revue et nettoyée.

6e temps. *Fermeture de l'abdomen et pansement.* — Trois rangées de suture entrecoupée : Suture profonde séro-séreuse (perdue) avec du catgut n° 1, dans toute l'étendue de la plaie, de façon à fermer complètement la cavité abdominale ; suture de détente (soie n° 3), comprenant la peau et le pannicule graisseux sous-cutané ; suture de réunion cutanée (n° 3). Avant la striction des fils de soie, saupoudrement des lèvres cruentées en mince couche avec de la poudre fine d'iodoforme. Petit drain de 3 cent. à l'angle inférieur de la plaie abdominale, mis par précaution parce que le péritoine un peu décollé à ce niveau formait avec la paroi abdominale, une petite cavité ; le drain est retenu par une épingle de sûreté.

Saupoudrement abondant de toute la ligne de réunion et de ses environs avec de l'iodoforme ; puis application de plusieurs doubles de gaze iodoformée, et, par-dessus la gaze, d'une forte épaisseur de coton phéniqué qui recouvre tout l'abdomen. Le tout est maintenu par un bandage de corps fraîchement lessivé. Durée totale de l'opération non compris le pansement = 30 minutes. Bon état de l'opérée ; pas le moindre phénomème de shock.

Suites de l'opération. — Je ne reproduirai pas jour par jour les détails de l'opération qui se rapportent à la période post-opératoire ; ils n'offrent, du reste, rien de particulier si ce n'est que les règles sont revenues le surlendemain de l'opération, ce qui nous explique la congestion interne de l'utérus constatée pendant l'opération ; les règles ont duré trois jours. L'apyrexie est restée parfaite tout le temps de la guérison, sauf le soir du 9e jour, où la température est montée à 38°, ce que j'ai attribué à une urétro-cystite consécutive au cathétérisme non aseptique. La plaie s'est réunie par première intention, excepté naturellement au niveau du drain ; le 20e jour de l'opération, la cicatrisation était complète. L'opérée s'est levée le 18e jour. A la date du 25 décembre 1886, elle ne souf-

fre plus dans l'abdomen mais elle est encore dans un état d'anémie considérable.

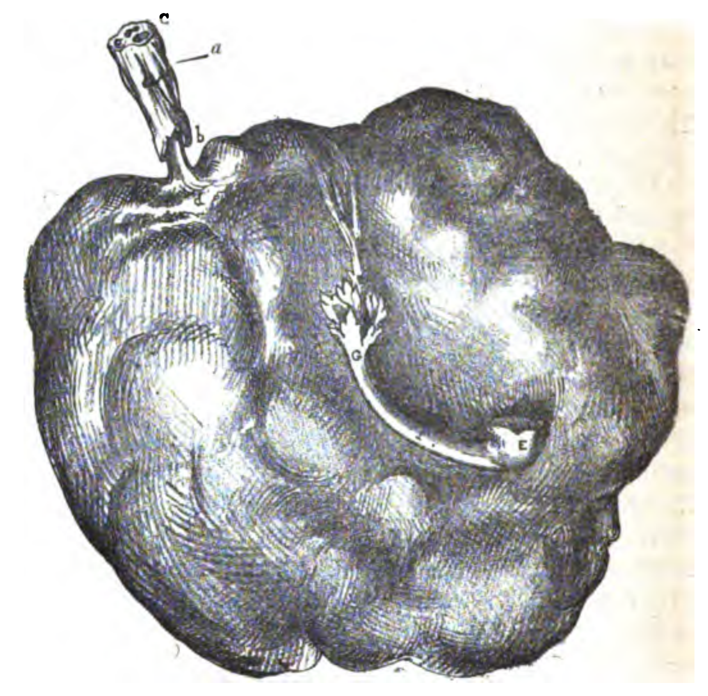


Fig. 1.

a. Tronçon du pédicule épiploïque enlevé avec la tumeur.
b. Son point de rupture partielle.
c. Coupe du pédicule montrant les vaisseaux.
d. Son point d'insertion sur la tumeur.
E. Moignon de la trompe détachée dans sa totalité.
F. Corps de la trompe.
G. Son pavillon.
H. Sa frange ovarique étendue sur la tumeur et reconnaissable à son aspect feuillu.

Le 20 janvier, j'apprends qu'un abcès s'est formé sur la ligne de cicatrice ; il est probable qu'il a été causé par quelque fil de catgut insuffisamment désinfecté. Depuis le 15 février, plus de suppuration. L'opérée va très bien.

Examen à l'œil nu de la pièce fraîche. — La tumeur pèse 3 kilogr. Elle est aplatie en disque et parfaitement lisse à sa surface Elle est formée dans son centre d'une masse dense qui, à la coupe, présente un aspect aréolaire de couleur rouge jaunâtre ; les aréoles sont généralement petites et circonscrites par des trabécules fibreuses épaisses et comme œdématiées ; dans l'intérieur des aréoles est une matière analogue à une solution de gomme de consistance moyenne. Autour de la masse aréolaire, sur toute la circonférence de la tumeur, existent un grand nombre de kystes : trois du volume du poing ; les autres gros comme une pomme ordinaire, une noix, une noisette, un grain de maïs. Ces kystes sont remplis par une matière gélatineuse jaunâtre et par quelques caillots de sang noir, plus une petite quantité d'un liquide séreux ; dans leurs parois on trouve encore un grand nombre de petits kystes secondaires, renfermant soit de la sérosité claire, soit quelques petits caillots, soit de la matière gélatineuse jaunâtre. Aucune trace de dégénérescence calcaire. Sur une des faces de la masse centrale, ainsi qu'on peut le voir par la figure 1, est couchée une trompe parfaitement reconnaissable à sa forme, à son pavillon et à la frange ovarique qui s'étend du pavillon à la tumeur. La trompe a une surface lisse comme le reste de la tumeur avec laquelle elle fait corps dans toute son étendue ; son moignon est arrondi et lisse, attestan ainsi qu'il s'agit d'une amputation ancienne. Sur la circonférence de la tumeur on voit le pédicule épiploïque étiré et en partie rompu près de son insertion ; sa coupe montre un certain nombre de vaisseaux dont un volumineux et rempli d'une bouillie fibreuse rougeâtre (thrombus). De la partie bossuée périphérique, c'est-à-dire kystique, vers le centre de la tumeur partent en rayons serrés sous-séreux un grand nombre de petits vaisseaux gorgés de sang noir.

Examen histologique (1). A. *Partie périphérique kystique.* 1º *Liquide des kystes.* — Le liquide extrait par ponction des kystes restés intacts a la consistance et l'aspect d'une gelée de groseille colorée en rose ou en jaune clair. Le liquide jaune clair est formé par un réseau extrêmement délicat, mais assez serré, de tractus fibrineux ; les nœuds du réseau sont le plus souvent occupés par des éléments cellulaires, leucocytes et épithéliums, lesquels se rencontrent aussi dans

(1) Fait par M. Carrieu, agrégé, que je remercie pour son extrême obligeance.

les mailles du réseau. Les leucocytes assez abondants sont envahis par un très grand nombre de granulations graisseuses qui noircissent par l'acide osmique. Quelques-uns renferment en même temps de rares granulations pigmentaires d'hématoïdine. Le liquide rose est également formé d'un réseau de tractus fibrineux, mais ceux-ci sont plus forts. Dans les mailles on voit une quantité considérable de leucocytes pigmentés ; les granulations pigmentaires libres ou enfermées dans les cellules, sont plus ou moins arrondies, d'un jaune ocre ou d'une teinte rose.

2° *Paroi des kystes.* — Elle se compose essentiellement d'un stroma de tissu nettement fibreux à faisceaux très nets et presque parallèles avec peu de vaisseaux ; encore ceux-ci sont-ils plutôt des lacunes que des vaisseaux à tuniques distinctes. Dans la partie externe de la paroi on rencontre, au contraire, de nombreux vaisseaux artériels très volumineux et à parois musculaires très nettes ; les veines y sont très larges. On y rencontre aussi de nombreuses fibres musculaires lisses. La face interne des kystes est unie et ne présente ni papilles ni végétations ; elle ne montre que de distance en distance des cellules cylindriques de revêtement.

B. *Masse centrale.* — La masse centrale solide de la tumeur a une charpente fibreuse dont les faisceaux forment par place de larges bandes s'entrecroisant dans tous les sens. Au milieu de ce tractus fibreux on trouve non seulement de nombreux vaisseaux gorgés de sang, mais encore de vastes espaces lacunaires sanguins, *véritables hémorrhagies interstitielles.* On voit aussi de distance en distance des cellules fixes ayant subi la *dégénérescence graisseuse ou muqueuse* et de nombreux leucocytes plus ou moins graisseux ou infiltrés d'hématoïdine, formant des traînées ou des amas autour des vaisseaux.

C. *Pédicule.* — Les coupes ont porté sur l'extrémité du pédicule et ont été faites en divers sens. Sur les coupes transversales on voit que la majeure partie du tissu est constituée par des vaisseaux volumineux et ayant une tunique musculaire fort épaisse. Autour des vaisseaux qui forment comme l'axe du pédicule existent des faisceaux de fibres conjonctives dirigées dans tous les sens et formant un réticulum à larges mailles. Dans l'intérieur de celles-ci on rencontre par places de nombreuses et volumineuses vésicules adipeuses, qui s'y logent surtout au voisinage des branches secondaires des vaisseaux sanguins. Cette disposition rappelle assez exac-

tement la structure de l'épiploon. Au lieu de ces amas graisseux, tout à fait à l'extrémité du pédicule, on voit de *nombreuses cellules embryonnaires*, prenant très énergiquement le carmin, et qui s'insinuent encore fort loin avec les faisceaux conjonctifs.

En résumé, la tumeur est remarquable par le stroma fibreux qui, sous l'influence de troubles circulatoires brusques et profonds, a subi des hémorrhagies interstitielles et la dégénérescence granulo-graisseuse dans certains points. La structure du pédicule nous permet d'expliquer comment la nutrition a pu être troublée à la suite d'un traumatisme ayant laissé des traces d'inflammation (épiploïte).

Physiologie pathologique. — Si l'on confronte les données anatomiques avec l'histoire et la marche de la maladie, il est très facile de déterminer sa physiologie et d'en déduire quelques considérations pratiques. Evidemment la première atteinte d'ascite, ascite rebelle aux moyens ordinaires et qui avait nécessité la ponction, était due à l'irritation incessante que la tumeur, devenant plus mobile en augmentant de volume, exerçait sur le péritoine. En tenant également compte des phénomènes plus ou moins graves que l'on connaît depuis longtemps comme étant propres à la suppression brusque, complète ou même incomplète, de la circulation sanguine dans le pédicule, — quel qu'en soit le mécanisme (rotation, élongation), — on ne peut s'empêcher d'admettre que l'inflammation grave notée ensuite parmi les antécédents de notre opérée, était directement liée à l'ischémie, sinon encore à la séparation complète de la tumeur. Mais si cette inflammation a eu ses dangers, elle a permis aussi à la tumeur de profiter des adhérences vasculaires qu'elle a provoquées, et d'échapper de cette manière à la suppuration et à la gangrène. C'est à elle que la tumeur devait la formation de ce gros pédicule épiploïque que nous lui avons trouvé et qui avait continué à la nourrir. Très probablement, au début, les adhérences du tablier épiploïque devaient être plus ou moins étendues et comme étalées sur la tumeur ; peu à peu, au fur et à mesure que la tumeur est devenue plus mobile sur son ancien pédicule, et surtout quand elle s'est trouvée roulant

à l'état de liberté, ces adhérences se seront tassées et comme roulées en corde par leur élongation progressive et par les mouvements divers de la tumeur ; de là, la longueur considérable et la forme arrondie que présentait le nouveau pédicule au moment de l'opération.

Comment la tumeur s'est-elle complètement séparée sur ces entrefaites du ligament large et de l'utérus ? Est-ce par le mode si commun de la torsion, par celui de l'élongation ou par tous les deux à la fois ? Toute précision à cet égard me paraît impossible. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'angle utérin correspondant, parfaitement net et normal, ne portait aucun vestige de moignon tordu, et que le moignon de la trompe qui est restée couchée sur la tumeur est lui aussi régulièrement lisse et arrondi. On ne peut invoquer le rôle constrictif ou compressif des adhérences et brides pelviennes, puisqu'il n'y avait aucune trace de périmétrite.

Une fois détachée de l'appareil génital et transplantée sur le grand épiploon, la tumeur a continué à vivre et à augmenter de volume ; puis elle est restée dans un état de grosseur à peu près stationnaire, ne déterminant d'autres inconvénients que ceux de son poids et surtout de sa mobilité, inconvénients qui étaient pourtant assez pénibles pour obliger la malade à me consulter et à se soumettre résolument à l'opération. On peut même dire d'après le contenu des kystes qui a été extrait pendant l'opération et d'après les résultats de l'examen histologique, que la tumeur était déjà en voie de régression. Peut-être avec le temps, sans l'accident survenu en dernier lieu, — si on ne ne l'avait pas opérée et que la malade eût voulu se contenter de porter une ceinture ventrière, — peut-être se serait-elle graduellement atrophiée, stéatosée de plus en plus, calcifiée, enfin réduite à une masse tolérable comme certains myômes sous-péritonéaux de l'utérus.

L'opération était décidée ; j'allais la pratiquer vers la fin d'août dernier, quand, le 11 du même mois, immédiatement après un excès de danse, une nouvelle inflammation

s'est déclarée dans l'abdomen. Cette inflammation a condamné la malade au lit pendant un mois et s'est accompagnée d'une ascite considérable. Quelle était donc sa source ? Il est aisé de le savoir, ou du moins il est permis de le soupçonner, si l'on remarque, d'une part, la couleur chocolat du liquide ascitique, la couleur chocolat du liquide de certaines poches du kyste, les foyers sanguins apoplectiques d'autres poches, les hémorrhagies interstitielles du stroma, enfin la pigmentation hématique de nombreux globules blancs, tous phénomènes du même ordre, et si, d'autre part, on considère la rupture partielle du pédicule épiploïque près de son insertion (rupture antérieure aux manœuvres d'extraction), si je rappelle aussi les traces inflammatoires de ce pédicule et l'état quasi-asphyxique des vaisseaux sous-séreux que j'ai constaté sur la tumeur pendant l'opération. L'inflammation et l'ascite étaient très probablement dues à un épanchement de sang dans le péritoine, épanchement qui était lui-même consécutif à la rupture du pédicule d'emprunt ; et c'est cette même rupture, ainsi que l'élongation du reste de pédicule, qui nous explique l'état apoplectique de la tumeur. Cette interprétation me semble plus plausible que celle qui attribuerait la nature du liquide ascitique à un transsudat sanguin de la tumeur.

Nature de la tumeur. — Il y a lieu maintenant de se demander si la nature de la tumeur doit nous inspirer des inquiétudes au point de vue de la cure radicale. J'avoue que tout d'abord après l'opération, au simple examen de l'extérieur et des coupes, mon impression n'était pas précisément favorable : je craignais d'avoir devant moi un cancer aréolaire ou gélatiniforme à dégénérescence kystique ou un kyste multiloculaire à dégénérescence cancéreuse. Il me tardait, — pour être fixé autant du moins que cela est possible par l'examen histologique, — il me tardait d'avoir les résultats de cet examen fait sur toute la tumeur, spécialement sur la masse centrale si suspecte et sur le pédicule. Or, il semble démontré que la tumeur n'est point de nature cancéreuse, et,

NUMÉROS	OBSERVATEUR ou AUTEUR	AGE de L'AUTOPSIÉE	HISTOIRE CLINIQUE	EXAMEN ANATOMIQUE	SOURCE BIBLIOGRAPHIQUE
1	Rokitansky.	39 ans.	Morte de métrorrhagie trois semaines après couches.	Ovaire droit hypertrophié, en situation normale. Moignon conique de la trompe gauche, resté à l'angle de l'utérus. Ovaire gauche séparé, couché à droite de la fosse recto-vaginale et fixé par des fausses membranes. Il formait une masse tubéreuse compacte, du volume d'une noix, et présentant un kyste qui était rempli par une bouillie opaque, brune, graisseuse, avec des lamelles épithéliales brillantes.	Allgem. Wiener med. Zeitg, jan. 1860.
2	id.	23 ans.	Morte de typhus.	Ovaire droit de volume ordinaire, situé au fond de la fosse recto-vaginale et fixé par des adhérences au rectum et au feuillet postérieur du ligament large. Sa trompe était çà et là un peu dilatée et entourée d'adhérences. A la partie postéro-supérieure du même ligament, kyste du volume d'une fève, à parois osseuses, renfermant des cheveux courts et un liquide colloïde brunâtre (K. dermoïde). La trompe gauche était étendue en fin cordon jusqu'à ce kyste. Point d'ovaire à gauche.	Ibid.
3	id.	14 jours.		Ovaire droit normal. Ovaire gauche du volume d'une noisette et transformé en un kyste qui contenait un caillot de sang brun-rouge. Il adhérait à la courbure supérieure de l'S iliaque et à son méso, et portait sur lui le moignon du ligament de l'ovaire et de la trompe. Le reste de la trompe était à l'angle de l'utérus	Ibid.
4	id.	20 ans.	Morte de typhus à la suite de couches.	Ovaire droit volumineux, en situation normale. Ovaire gauche du volume d'une noisette et représenté par une masse d'aspect ostéo-calcaire, qui adhérait au ligament large droit au-dessus de l'ovaire droit. La trompe gauche adhérait au feuillet postérieur du méso-côlon iliaque.	Ibid.
5	id.	39 ans.	Mal de Bright.	Ovaire gauche séparé, du volume d'une noix, fixé à la symphyse et, d'autre part, au bord inférieur du grand épiploon. Il est représenté par une masse ossifiée qu'enveloppe une épaisse capsule fibreuse.	Ibid.
6	id.	18 ans.	Tuberculose pulmonaire.	Ovaire et trompe du côté droit à l'état normal. Moignon utérin de la trompe gauche en forme de cône et long de 2 pouces 1/2. Dans la fosse recto-vaginale ovaire gauche atrophié, du volume d'une noisette. Il est représenté par un corps libre, à capsule fibreuse et rempli d'une matière graisseuse et calcaire.	Ibid.
7	id.	26 ans.	Tuberculose et diphthérie.	Kyste dermoïde de l'ovaire droit, situé dans l'hypogastre et adhérent à la paroi abdominale dans la région inguinale droite et au mésentère au devant des vertèbres lombaires. Moignon utérin de la trompe droite conique et terminé en pointe. A la partie postérieure du kyste était attachée la portion externe de cette trompe, avec son extrémité frangée qui était perméable et adhérait au mésentère. Le kyste avait le volume du poing.	Ibid.
8	W. Turner.	79 ans.		Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche ayant le volume d'une tête de nouveau-né. Il était situé dans la partie postérieure du détroit supérieur et était fixé par des adhérences : en arrière, aux corps de la cinquième vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée ; en haut, au bord inférieur du grand épiploon, dont les vaisseaux s'anastomosaient avec les nombreux vaisseaux sous-séreux du kyste. Moignon utérin de la trompe gauche terminé en pointe libre, long de 3 centimètres	Edinb. med. J. 1860-1861, vol. VI, part. II, p. 69[illegible]

				arrondie sur le kyste. Le canal dans les deux segments tubaires était rempli par une tigelle crétacée. A la coupe du kyste, masse molle, brune, pultacée, semblable à de la graisse. Sa surface extérieure était rugueuse et irrégulière, ce qui tenait à de nombreuses plaques calcaires. Utérus dévié à gauche et fixé par des adhérences à la paroi pelvienne et à la fosse recto-vaginale. Trois petits fibromes sous-péritonéaux : l'un adhérent à la vessie, au ligament large et à la paroi pelvienne; les deux autres dans la fosse recto-vaginale. Position normale de l'ovaire, de la trompe et du ligament large à droite.	
9	Heschl.	3 semaines.		Ovaire kystique complètement séparé par torsion du pédicule.	Osterreich. Zeitsch. für prakt. Heilkunde nº 20, 1862.
10	E. Malins.	Fille de 18 a.	« Inflammation intestinale » un an auparavant; depuis, elle n'a jamais été bien portante. Plusieurs crises de douleurs dans le ventre et du côté droit, ordinairement pendant la menstruation. Le 23 mars 1882, alitement pour un refroidissement. Le 25, frisson avec douleur aiguë dans l'abdomen, particulièrement dans la région iliaque droite; pouls agité et haute température. Utérus fixe, plancher pelvien partout dur. Le 28, aggravation subite des douleurs abdominales avec collapsus. Abdomen distendu et très douloureux, sueur profuse, torpeur générale, langue sèche. Le 29, mort.	Signes de péritonite générale. A droite du bassin les parties étaient englobées dans des adhérences. A la face interne du cæcum, à l'épiploon et aux parties voisines d'intestin grêle adhérait un kyste du volume d'une orange, perforé à sa partie inférieure et contenant encore 2 à 3 onces d'un pus épais, jaune. Ce kyste portait à sa face externe un faisceau qui se terminait irrégulièrement comme le pavillon de la trompe, et il se prolongeait par une sorte de pédicule dans une masse épaisse située au côté droit de l'utérus, côté où il n'y avait aucune trace d'ovaire. Ovaire gauche hypertrophié, trompe gauche pleine de pus, utérus adhérent aux parties voisines.	The Lancet, april 7, 1883 (cas 2).
11	Fränkel.	37 ans.	Morte d'un carcinome des ganglions axillaires.	Kyste dermoïde de l'ovaire droit, fixé par des adhérences puissantes et vasculaires au grand épiploon. Il adhérait encore par de courts cordons denses, mais invasculaires, au mésentère de la partie la plus inférieure de l'iléon et du processus vermiculaire. A sa face inférieure et droite, moignon tubaire long de 1 centimètre et blanc jaunâtre. Moignon utérin de la trompe droite conique, long de 3 cent. 75, et s'unissant au ligament de l'ovaire qui est long de 3 centimètres, très épaissi et entouré de veines variqueuses. Un mince cordon fait suite au moignon tubaire et au ligament ovarique, et porte un peu plus loin un appendice long de 1 cent. 1/2, grêle, blanc jaunâtre, dense. A gauche, trompe et ovaire normaux.	Virchow's Archiv Bd 91, p. 519, 1883.
12	A. Doran.			Kyste dermoïde dont l'origine ovarique était prouvée par l'examen de l'utérus.	Roy. med. and. chir. Soc. of London, april 28, 1883.
13	Baumgarten.			A gauche, annexes de l'utérus normaux. Utérus normal. Dans le petit bassin se trouvait un corps complètement libre et mobile, lisse, dur comme une pierre, du volume et de la forme d'un ovaire ordinaire; il consistait en une coque uniforme et mince et un contenu totalement crétacé. Point de ligament ovarique ni de trompe, sauf un rudiment qui existait à l'angle droit de l'utérus.	Virchow's Arch. Bd 97, 1884.
14	id.			A peu près au milieu du bord inférieur de l'épiploon était un corps du volume d'une noix environ, irrégulier, bombé, de consistance osseuse, n'ayant aucune connexion avec l'appareil génital. A gauche, manquaient l'ovaire et la trompe. Les autres parties de l'appareil génital étaient en état de développement normal.	Ibid.

TABLEAU II

OBSERVATIONS CLINIQUES

NUMÉROS	OPÉRATEUR ou AUTEUR	AGE DE L'OPÉRÉE	ANTÉCÉDENTS	SYMPTOMES ACTUELS	OPÉRATION ET PARTICULARITÉS NOTÉES PENDANT L'OPÉRATION	EXAMEN ANATOMIQUE et HISTOLOGIQUE DU KYSTE	RÉSULTAT de L'OPÉRATION	SOURCE BIBLIOGRAPHIQUE
1	Kœberlé.				Adhérence vasculaire des organes voisins avec le kyste. Point de pédicule.		?	Gaz. m. de Strasbourg, 1874.
2	Veit (Schroder)				Ablation par Schröder d'une tumeur de l'ovaire droit à pédicule tordu. Pendant l'opération, on a remarqué que l'ovaire gauche (prob. dégénéré) s'était détaché par torsion du pédicule.		?	Arch. für Gynæk., p. 459, 1878.
3	Kn. Thornton		Tumeur constatée sept ans auparavant. Depuis lors, quatre enfants. Grandes douleurs occasionnées par la tumeur pendant la dernière grossesse seulement. Accouchement facile et à terme.		Fixation du kyste par un nouveau pédicule au côté droit de l'épiploon. Point de pédicule para-utérin. Ablation du kyste en même temps que de la trompe kystique et du reste de pédicule du même côté. Puis excision d'un kyste de l'ovaire droit.	Kyste dermoïde.	Guérison.	Trans. of the obstetr. Soc. of London, vol. XXIII, p. 104, 1881.
4	Heywood Smith				Adhérences épiploïques étendues à gros vaisseaux. Point de pédicule.		?	Ibid, même page.
5	Spencer Wells (obs. 110)				Fortes adhérences vasculaires du grand épiploon et du mésentère avec le kyste. Point de pédicule. Aucune trace de rupture ni de déchirure à l'endroit où la trompe avait été séparée, ni même d'épanchement sanguin. Ablation de l'ovaire gauche qui avait conservé ses rapports normaux, mais était malade et augmenté de volume.	Kyste multiloculaire.	?	Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, trad. Rodet, 1883.
6	Id. (obs. 419)	38 a.	Multipare. Tumeur datant de 18 ans.		Opération, alors que la malade était enceinte de 2 mois. Adhérences de vaste lambeaux d'épiploon et d'une anse intestinale avec le kyste. Point de pédicule.	Kyste dermoïde.	Guérison. Accouchement à terme.	Ibid.
7	E. Malins (cas I)	45 a.	Multipare. Dernier enfant 3 ans auparavant. Bonne santé jusqu'en mars 1881, époque où elle remarqua une augmentation de volume du ventre, principalement à droite. En janv. 1882, violente douleur dans le ventre, survenue tout à coup et suivie « d'une inflammation intestinale » qui la tient au lit plusieurs mois. Le ventre diminua de volume, mais il resta gonflé et douloureux. En mars 1882, ouverture d'un grand abcès au-dessous de l'ombilic. Restait une grande masse peu douloureuse, mais qui la rendait incapable de travailler. Menstruation [illegible]	Abdomen souple. Cicatrice longue d'un pouce un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic. Dans l'abdomen, masse arrondie, lisse, à fluctuation obscure. Utérus libre. Rien d'anormal dans le [illegible] pelv.	Adhérences à la paroi abdominale, au grand épiploon et, du côté gauche, à 4 pouces d'intestin grêle. Point de pédicule. A l'examen du bassin, ni ovaire, ni trompe du côté droit.	Kyste uniloculaire. Poids avec son contenu liquide : 270 gr. environ. Il est ridé, lourd, dense, à paroi irrégulière. Contenu grumeleux. Malins pense avec raison que ce devait avoir été un grand kyste.	Guérison.	The Lancet, april 7, 1883.

	(cas III)		… vant. C'est alors seulement qu'elle a remarqué à droite un gonflement du ventre, reconnu par l'auteur à un premier examen pour un kyste uniloculaire de l'ov. droit à fluctuation nette. Violente douleur dans le ventre, survenue tout à coup, la nuit ; « inflammation intestinale ».	… son volume.	… épiploon et à environ 3 pouces d'intestin grêle. Point de pédicule. A l'examen du bassin, aucun ovaire à droite.	Poids avec son contenu rouge foncé : 2 kilog. 450 grammes environ.		
9	Tauffer	35 a.	Bipare.		Adhérences mésentériques à gros vaisseaux, et adhérences internes à l'utérus. Après qu'on eut détaché ces dernières, forte hémorrhagie de la substance utérine. Point de pédicule. Ablation de l'autre ovaire.	Kyste proliférant.	Guérison.	Hundertsech… rotom. (Wi… med. Woch… jan. 1885. … n° 14, tabl. 1…
10	A. Doran	43 a.	Six ans auparavant, elle avait remarqué une tumeur qui siégeait plutôt à gauche de l'ombilic. Cette tumeur s'était déplacée vers le côté droit après la dernière grossesse, et présentait alors une fluctuation obscure.		A la ponction, issue d'une certaine quantité de liquide semblable à du pus. Adhérences internes au grand épiploon et au mésocôlon ascendant. Point de pédicule. Ovaire droit sain. Côté gauche des organes génitaux non examinés.	Kyste dermoïde.	?	Roy. med. and ch… Soc. of London, april 28, 1883.
11	Skene Keith	24 a.	Cinq ans auparavant, crise grave de douleurs abdominales, et alors tumeur remarquée dans le ventre. Avant cette crise, aménorrhée de 10 mois ; depuis lors, règles très irrégulières, apparaissant parfois chaque semaine. Accroissement très lent de la tumeur ; deux nouvelles crises de douleurs semblables à la première, mais moins graves.	Tumeur arrondie, ferme, qui s'étendait à 2 pouces au-dessus de l'ombilic. Utérus grêle, en rétroversion.	Adhérences étendues et friables au grand épiploon. Point de pédicule. Ovaire droit intact.	Kyste ne pesant que 6 livres 1/2, bien qu'il eût augmenté de volume pendant cinq ans.	Guérison.	Edinb. med., J., march 1886, p. 838.
12	Terrillon				Nombreuses adhérences vasculaires. Pédicule complètement divisé ; une de ses extrémités tenait à la corne utérine, l'autre au kyste.		?	2° Congr. franç. de Chir. (in Rev. de chir., nov. 1886.)
13	Heurtaux	34 a.	Deux poussées de péritonite.	Maigreur extrême. Gr. tumeur abdominale (circonférence ombilicale : $1^m,15$) ayant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire droit. Utérus immobile ; dans le cul-de-sac postérieur une tumeur dure qui paraît être un fibrome utérin.	Après l'évacuation de la grosse poche on voit apparaître du côté gauche une seconde tumeur plus grosse que le poing, ayant pour tout pédicule une longue adhérence qui la rattache à la partie inférieure du mésentère et lui permettait de se loger dans le cul-de-sac postérieur.	Grand kyste uniloculaire de l'ovaire droit qui était pédiculé. Petit kyste uniloculaire de l'ovaire gauche à pédicule rompu. On trouvait à sa surface les vestiges du ligament de l'ovaire et de la trompe rompus près de l'utérus. La surface de rupture manifestement ancienne, était frangée et irrégulière. Aucune trace de torsion.	Mort de péritonite.	Société de Chirurgie (in Revue de Chirurgie, novembre 1886.)

par suite, qu'il n'y a à redouter ni une infection générale déjà existante ni une récidive ultérieure par le reste de pédicule abandonné dans l'abdomen. La tumeur n'est, pourtant' pas un kyste multiloculaire ordinaire. Je serais porté à croire qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse à dégénérescence kystique, bien que cette catégorie de tumeurs soit, on le sait, tout à fait rare pour l'ovaire.

Conclusions. — De la connaissance des accidents qui peuvent accompagner la transplantation d'un kyste ovarique et notamment la formation d'un nouveau pédicule, je déduirai les conclusions pratiques suivantes :

1° Il ne faudra pas désormais oublier que la malade qui porte un kyste de l'ovaire séparé et transplanté, n'a pas encore échappé à tous les périls;

2° Non-seulement le kyste peut continuer à s'accroître au lieu de s'atrophier, mais son pédicule de substitution est exposé comme l'ancien à une rupture complète ou incomplète, à une élongation plus ou moins rapide, à une torsion plus ou moins aiguë; d'où réapparition, par les mêmes organismes, des phénomènes graves que l'on pouvait croire conjurés. Il y a là, s'il était encore nécessaire de l'invoquer, une autre raison impérative pour l'ablation immédiate de tout kyste qui présente les symptômes de la strangulation aiguë du pédicule para-utérin.

(*A suivre.*)

RECHERCHES SUR LA MENSTRUATION EN SYRIE

Par le Dr **Jules Rouvier**
Professeur de Gynécologie à la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie).

I

Beyrouth, siège principal de nos recherches, est un port de mer, d'environ 100,000 habitants, situé par 33°5' de longitude et 33°50' de latitude. Sa température moyenne annuelle

est de 19°,5 soit 18°,2 au printemps, 26°,3 en été, 24°,4 en automne, 14° à 16° en hiver. A quelques kilomètres de ses limites, sur le territoire du Liban, sont parsemés, en grand nombre, de gros villages, dont la population se rend chaque jour à la ville pour ses affaires. Cette population flottante peut atteindre 30,000 âmes.

La population indigène, qui habite cette région, renferme les éléments les plus divers. C'est un résultat de tous les grands peuples qui ont successivement occupé cette riche contrée : Phéniciens, Assyriens, Perses, Egyptiens, Grecs, Romains, descendants des Croisés, Turcs, etc. Il n'y a jamais eu fusion intime de toutes ces races, nous ne sommes donc pas étonnés de rencontrer, dans cette population, 14 groupes principaux, classés d'après leur culte et leurs croyances en tout autant de nationalités distinctes dont les origines, les mœurs et habitudes offrent de grandes différences.

I. — *Chrétiens unis à Rome.*

1° Maronites : 200,000 dans le Liban ; 20,000 à Beyrouth.

2° Grecs catholiques Melkites : 80,000 en Syrie et Palestine ; 7,000 à Beyrouth ; peu nombreux en Syrie, environ 1000 à Beyrouth.

3° Arméniens catholiques : peu nombreux en Syrie, environ 1,000 à Beyrouth.

4° Syriens catholiques : également rares en Syrie, 300 à Beyrouth.

II. — *Chrétiens séparés de Rome.*

5° Grecs orthodoxes : 120,000 en Syrie ; 30,000 à Beyrouth,

6° Arméniens orthodoxes : 20,000 en Syrie, en très petit nombre à Beyrouth.

7° Syriens jacobites, peu nombreux.

8° Protestants indigènes, très peu nombreux.

III. — *Musulmans.*

9° Musulmans Sunnites, 650,000 en Syrie et Palestine ; 35,000 à Beyrouth.

10° Métoualis (de la secte d'Ali), répandus surtout dans la campagne, 50,000 en Syrie et Palestine.

11° Bédouins nomades et pasteurs, peu nombreux dans le territoire de Beyrouth.

IV. — *Autres religions.*

12° Druses, moitié musulmans et moitié chrétiens, 60,000, dans le Liban ; peu nombreux à Beyrouth.

13° Ansariés, dont la religion est peu connue, descendants des anciens Phéniciens, 130,000, fixés en majeure partie dans les environs de Lattakie.

14° Juifs : 40,000 en Syrie ; 2,000 à Beyrouth.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher, l'influence exercée sur la menstruation par les habitudes hygiéniques si différentes de ces diverses nationalités. Notre travail pouvait élucider en outre certaines questions relatives à l'influence de la race, de la latitude géographique, et de la température moyenne de l'année.

On verra combien sont peu fondées les assertions adoptées généralement jusqu'ici sans contrôle, de voyageurs d'après lesquels les femmes arabes et turques seraient habituellement réglées de 8 à 9 ans. Si la coutume veut qu'en certaines villes d'Orient, Damas par exemple, les musulmans comme les chrétiens, marient leurs filles à un âge encore tendre, le mariage n'est *consommé* que beaucoup plus tard. Les époux continuent à vivre séparés, chez leurs parents, au moins jusqu'à la puberté.

Dès le principe de nos recherches, nons avons rencontré une difficulté, qui nous a privé d'un grand nombre d'observations. Chaque nationalité indigène est administrée sous

le contrôle du gouvernement ottoman, par des chefs religieux. Il n'y a point, à proprement parler, de registres d'état civil. Aussi la plupart ignorent-ils leur âge. Cette ignorance ne doit point étonner, dans un milieu où beaucoup ignorent jusqu'à leur nom de famille ; grâce à l'habitude d'appeler un individu le fils de celui-ci, ou le père de celui-là ; ou d'après son lieu de naissance, Stambouli (de Contantinople) ; Koubroussy (de Chypre) ; Homsy (de Homs), etc., ou encore par sa profession ou celle de ses ascendants, curé, jardinier, menuisier, etc. Malgré cette grave difficulté, grâce à notre position de médecin d'établissements d'éducation de jeunes filles, riches ou pauvres, grâce au concours de notre ami le Dr Chaker Khouri, et à celui de nos élèves, principalement MM. Yousef Gebara, Khirallah Sfair, et Gilbrau Khouri, etc. nous avons pu réunir 742 observations.

II

AGE DE LA PUBERTÉ

Nos 742 observations comprennent 449 femmes de la classe aisée et 293 femmes de la classe laborieuse, appartenant aux catégories suivantes :

2 Bédouines ;
49 Druses ;
119 Musulmanes ;
82 Juives ;
6 Syriennes catholiques ;
125 Grecques catholiques ;
23 Arméniennes catholiques ;
208 Maronites ;
124 Grecques orthodoxes ;
4 Arméniennes orthodoxes.

La première menstruation s'est manifestée de 9 ans à 19 ans. L'âge moyen de la première menstruation, sans distinction de classes et de nationalités, est 12 ans 10 mois

2 jours 1/4 soit 25 jours de différence sur la moyenne fournie pour 1,035 observations recueillies par Goddève, Robertson, Webb (1) dans l'Indoustan, de 18° 56' à 22° 35' latitude géographique, et 10 mois de différence avec la moyenne de 13 ans 8 mois 4 jours, des femmes de Marseille, ville située par 43° 17' 52" de latitude (2).

En classant par rang de fréquence les âges auxquels correspond la première apparition du flux menstruel, on obtient l'ordre suivant :

1° 12 ans ;
2° 13 ans ;
3° 14 ans ;
4° 11 ans ;
5° 15 ans ;
6° 11 ans 6 mois ; 12 ans 6 mois ;
7° 16 ans ;
8° 17 ans ;
9° 12 ans 1 mois ;
10° 11 ans 8 mois ;
11° 11 ans 4 mois ; 12 ans 2 mois ;
12° 10 ans ; 12 ans 3 mois ; 13 ans 2 mois ; 13 ans 4 mois ; 14 ans 6 mois ; 18 ans ;
13° 9 ans ; 10 ans 6 mois ; 11 ans 3 mois ; 11 ans 9 mois ; 12 ans 4 mois ; 12 ans 10 mois ; 13 ans 7 mois ; 14 ans 1 mois ; 14 ans 4 mois ; 14 ans 10 mois ; 15 ans 1 mois ; 15 ans 3 mois ; 15 ans 6 mois ; 19 ans.

L'âge moyen de la puberté varie suivant les nationalités étudiées sans distinction de classes. Il est chez les :

Druses : 12 ans 4 mois 10 jours 1/2.
Musulmanes : 12 ans 4 mois 18 jours 1/2 ;
Grecques catholiques : 12 ans, 6 mois 12 jours 3/4 ;
Syriennes catholiques 12 ans 8 mois ;

(1) Cités dans Raciborski. Traité de la menstruation, p. 187.

(2) Queirel et Rouvier. Menstruation à Marseille. Association française pour l'avancement des sciences. Montpellier, 1879.

Grecques orthodoxes : 12 ans 9 mois 7 jours 1/2 ;
Juives : 12 ans 9 mois 28 jours 1/2 ;
Maronites : 13 ans 4 mois 17 jours 1/2 ;
Arméniennes catholiques : 13 ans 4 mois 21 jours 1/2 ;
Bédouines : 13 ans, 9 mois ;
Arméniennes orthodoxes : 14 ans ;

Ces deux dernières moyennes sont probablement trop fortes. Le nombre d'observations de ces 2 catégories est trop restreint pour nous permettre de croire à l'exactitude de nos résultats. D'après notre vénérable ami et collègue, M. le Dr Suquet, médecin sanitaire de France à Beyrouth depuis 28 ans, chez les Bédouines, la puberté serait très précoce. Elle se manifesterait peu après 11 ans. En éliminant de notre tableau les Bédouines nomades et les Arméniennes orthodoxes, on trouve entre les Druses, les plus précoces de toutes les Syriennes, et les Arméniennes catholiques une différence d'un an et 11 jours.

Les deux races qui habitent le Liban, les Druses et les Maronites présentent un écart d'un an et 7 jours. Les premières se trouvent placées en tête de note liste, les secondes presque à la fin. Cependant ces 2 races sont soumises aux mêmes conditions de température et d'altitude, preuve manifeste que l'influence de ces 2 causes sur la puberté est tout à fait secondaire.

La température de la plaine de Beyrouth ne descend jamais au-dessous de 0° ; celle des régions libanaises est celle de certaines parties de la France. Néanmoins, les Druses sont plus précoces que les populations de la plaine, nouvelle preuve que la question de température n'est pas des plus importantes. Voilà donc résolus par des faits positifs, et dans un sens opposé au sentiment de Raciborski, des problèmes que ce savant regrettait de ne pouvoir résoudre par des données suffisantes (1).

Pour élucider l'influence des questions de races, nous nous

(1) Raciborski, loc. cit., p. 204.

bornerons à étudier la race pure, dont on rencontre des membres dans tous les pays, sous toutes les latitudes, et qui ne se mélange jamais avec les autres races. D'après Lebrun, en Pologne, la puberté se manifesterait chez les Juives à 15 ans 5 mois 26 jours (1), en Hongrie, d'après Joachim (2), entre 14 et 15, elle apparaît à Beyrouth, d'après nos recherches, à 12 ans 9 mois et 28 jours 1/2. D'où vient cette différence entre membres de même race. Elle ne saurait tenir, d'après nous, qu'aux mœurs et habitudes, qui varient extrêmement chez les Juifs, habitant des contrées diverses. Telle est aussi la seule raison qui nous permette de comprendre la différence si grande des âges moyens de la puberté chez les nationalités de Syrie.

Rang par ordre de fréquence des âges de la puberté chez les différentes races.

Druses : 11 ans; 13 ans; 12 ans; 11 ans, 6 mois; 14 ans; 10 ans; 12 ans 6 mois; 15 ans; 10 ans, 6 mois; 11 ans 3 mois; 11 ans 4 mois; 16 ans; 19 ans.

Musulmanes : 12 ans; 13 ans; 11 ans 6 mois; 12 ans 6 m.; 16 ans; 11 ans; 12 ans 1 mois; 14 ans; 11 ans 4 mois; 11 ans 8 mois; 12 ans 2 mois; 12 ans 3 mois; 13 ans 6 m.; 13 ans 7 mois; 14 ans 4 mois; 15 ans.

Grecques catholiques : 12 ans; 13 ans; 14 ans; 15 ans; 12 ans 6 mois; 11 ans; 16 ans; 11 ans, 6 mois; 12 ans 1 m.; 12 ans 4 mois; 12 ans 10 mois; 13 ans 2 mois; 13 ans 4 mois; 13 ans 6 mois 14 ans 6 mois; 14 ans 6 mois; 18 ans.

Syriennes catholiques : 12 ans; 13 ans; 14 ans.

Grecques orthodoxes : 13 ans; 12 ans; 14 ans; 12 ans 6 mois; 11 ans 6 mois; 15 ans; 13 ans 6 mois; 17 ans; 11 ans 8 mois; 16 ans; 11 ans 3 mois; 15 ans 3 mois; 15 ans 6 mois; 18 ans.

Juives : 14 ans; 11 ans; 13 ans; 12 ans; 16 ans; 15 ans; 17 ans.

Maronites : 12 ans; 13 ans; 14 ans; 15 ans; 11 ans; 16 ans;

(1) Raciborski, loc. cit., p. 230.

(2) Joachim. Ungar Zeitschrift, IV, 1844, nos 21 et 28.

17 ans; 13 ans 6 mois; 11 ans 6 mois, 12 ans 2 mois; 12 ans, 6 mois; 9 ans; 11 ans 4 mois; 11 ans 8 mois; 11 ans 9 mois; 12 ans 1 mois; 13 ans 4 mois; 14 ans 1 mois; 14 ans 10 mois; 15 ans 1 mois.

Arméniennes catholiques : 14 ans; 12 ans; 13 ans; 12 ans 6 mois; 11 ans, 6 mois; 13 ans, 2 mois; 13 ans, 6 mois; 14 ans, 6 mois; 15 ans.

Bédouines : 13 ans 6 mois; 14 ans.

Arméniennes orthodoxes : 14 ans; 12 ans; 16 ans.

En comparant l'âge moyen de la puberté, obtenu dans la classe aisée, d'après nos 449 observations, 12 ans 8 mois 10 jours 3/4, à celui de la classe laborieuse, d'après 293 observations, 13 ans 24 jours 3/4, on retrouve la différence habituelle, signalée en faveur de la première. Cette précocité de la classe aisée ne se retrouve pas dans toutes les nationalités. Chez les Juives, les Arméniennes catholiques; les Grecques orthodoxes, la classe laborieuse est plus favorisée que la classe aisée. Peut-être, sommes nous tombés sur des séries exceptionnelles. Voici les moyennes que nous avons obtenues.

Classe aisée.

22 Druses : 11 ans 8 mois 21 jours 3/4;
100 Musulmanes : 12 ans 4 mois 18 jours 4/5;
89 Grecques catholiques : 12 ans 5 mois 11 jours 1/2;
4 Syriennes catholiques : 12 ans 6 mois;
81 Grecques orthodoxes : 12 ans 10 mois 20 jours 3/4;
42 Juives : 12 ans 11 mois 12 jours 3/4;
93 Maronites : 13 ans 1 mois;
3 Arméniennes orthodoxes : 13 ans 4 mois;
18 Arméniennes catholiques : 13 ans 5 mois 13 jours 1/4;

Classe laborieuse.

19 Musulmanes : 12 ans 5 mois 12 jours 3/5;
43 Grecques orthodoxes : 12 ans 6 mois 14 jours;
40 Juives : 12 ans 8 mois 12 jours;

36 Grecques catholiques : 12 ans 9 mois ;
27 Druses : 12 ans 10 mois 16 jours 3/4 ;
2 Syriennes catholiques : 13 ans ;
5 Arméniennes catholiques : 13 ans 1 mois ;
118 Maronites : 13 ans 7 mois 9 jours ;
2 Bédouines : 13 ans 9 mois ;
1 Arménienne orthodoxe : 16 ans ;

Dans la classe aisée, entre les Druses les plus précoces, et les Arméniennes catholiques, les plus tardives de toutes les nationalités, existe un écart de 20 mois et 21 jours 1/2. Dans la classe laborieuse, entre les Musulmanes les plus précoces, et les Maronites les plus tardives (le nombre restreint des Bédouines et Arméniennes orthodoxes ne pouvant entrer en ligne de compte), l'écart est moins considérable : 13 mois et 26 jours 2/5. La pauvreté tend à rapprocher toutes les nationalités. L'écart entre les deux nationalités qui habitent le Liban, les Druses et les Maronites, est surtout marqué dans la classe aisée, où il est de 16 mois 9 jours 3/4.

Ordre de fréquence des âges de la puberté suivant les classes des nationalités.

Classe aisée.

Druses : 12 ans ; 11 ans ; 11 ans 6 mois ; 13 ans ; 10 ans ; 10 ans 6 mois ; 11 ans 4 mois ; 12 ans 6 mois ; 14 ans.

Musulmanes : 12 ans ; 13 ans ; 11 ans 6 mois ; 12 ans 6 mois ; 12 ans 1 mois ; 14 ans ; 16 ans ; 11 ans ; 11 ans 4 mois ; 11 ans 8 mois ; 12 ans 2 mois ; 12 ans 3 mois.

Grecques catholiques : 12 ans ; 13 ans ; 14 ans ; 12 ans 6 mois ; 11 ans ; 15 ans ; 16 ans ; 11 ans 6 mois ; 11 ans 1 mois ; 12 ans 4 mois ; 12 ans 10 mois ; 13 ans 2 mois ; 13 ans 6 mois ; 14 ans 6 mois ; 18 ans.

4 Syriennes catholiques : 12 ans ; 13 ans.

81 Grecques orthodoxes : 12 ans ; 13 ans ; 14 ans ; 18 ans 6 mois ; 11 ans 6 mois ; 15 ans ; 11 ans 8 mois ; 12 ans 3 mois ; 13 ans 6 mois ; 15 ans 3 mois ; 15 ans 6 mois ; 16 ans ; 18 ans.

42 Juives : 14 ans ; 13 ans ; 11 ans ; 12 ans ; 15 ans.

TABLEAU I

AGE DE LA PREMIÈRE MENSTRUATION	BÉDOUINES	MUSULMANES		DRUSES		JUIVES		SYRIENNES CATHOLIQUES		GRECQUES CATHOLIQUES		ARMÉNIENNES CATHOLIQUES		MARONITES		GRECQUES ORTHODOXES		ARMÉNIENNES ORTHODOXES		TOTAL DES CAS	
	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.
9 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
10 —	»	»	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
10 — 6 mois	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
11 —	»	2	2	5	5	8	17	»	»	3	1	»	»	8	1	»	1	»	»	26	27
11 — 3 —	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
11 — 4 —	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	3	»
11 — 6 —	»	10	1	3	2	»	»	»	»	1	»	»	1	1	1	3	2	»	»	18	7
11 — 8 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	3	1
11 — 9 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
12 —	»	46	7	6	2	5	4	2	1	35	7	3	»	20	29	28	9	1	»	146	59
12 — 1 —	»	3	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	5	»
12 — 2 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	1
12 — 3 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»
12 — 4 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
12 — 6 —	»	5	»	1	1	»	»	»	»	4	2	1	1	1	1	5	3	»	»	17	8
12 — 10 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
13 —	»	24	8	8	7	11	4	2	»	23	11	2	»	28	22	26	14	»	»	114	61
13 — 2 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»
» — » —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
13 — 4 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1
13 — 6 —	1	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	2	3	1	2	»	»	5	8
13 — 7 —	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
14 —	1	3	»	1	4	17	10	»	1	12	8	9	1	14	25	9	5	2	»	67	55
14 — 1 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	1	»
14 — 4 —	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
14 — 6 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1
14 — 10 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
15 —	»	11	1	»	2	1	»	»	»	2	5	1	»	9	22	3	2	»	»	16	32
15 — 1 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
15 — 3 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
15 — 6 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
16 —	»	3	2	»	1	»	4	»	»	2	1	»	»	2	6	1	1	»	1	8	16
17 —	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	5	»	3	»	»	2	9
18 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»
19 —	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
MOYENNES PAR CATÉGORIES	13 ans 9 mois	12 a. 4 m. 13 j. 4/5	12 a. 5 m. 12 j. 3/5	11 a. 8 m. 21 j. 3/4	12 a. 10 m. 16 j. 3/4	12 a. 11 m. 12 j. 3/4	12 ans 8 mois 12 jours	12 ans 6 mois	13 ans	12 ans 5 m. 11 j. 1/2	12 ans 9 mois	13 ans 5 m. 13 j. 1/3	13 ans	13 ans 1 mois	13 ans 7 mois 9 jours	12 ans 10 m. 20 j. 3/4	12 ans 6 mois 14 jours	13 ans 4 mois	16 ans	12 ans 8 m. 10 j. 3/4	13 ans 24 jours 3/4
MOYENNES PAR NATIONALITÉS		12 ans 4 mois 18 j. 1/2		12 ans 4 mois 10 j. 1/2		12 ans 9 mois 28 j. 1/2		12 ans 8 mois		12 ans 6 mois 12 j. 3/4		13 ans 4 mois 21 j. 1/2		13 ans 4 mois 17 j. 1/2		12 ans 9 mois 7 j. 1/2		14 ans		12 ans 10 mois 2 j. 1/2	

90 Maronites : 13 ans; 12 ans; 14 ans; 15 ans; 11 ans; 13 ans 6 mois; 17 ans; 11 ans 4 mois; 11 ans 6 mois; 11 ans 8 mois; 11 ans 9 mois; 12 ans 1 mois; 12 ans 2 mois; 12 ans 6 mois; 14 ans 1 mois; 15 ans 1 mois; 16 ans.

3 Arméniennes orthodoxes : 14 ans; 12 ans.

18 Arméniennes catholiques : 14 ans; 12 ans; 13 ans; 12 ans 6 mois; 13 ans 2 mois; 13 ans 6 mois; 15 ans.

Classe laborieuse.

19 Musulmanes : 12 ans; 13 ans; 11 ans; 16 ans; 11 ans 6 mois; 13 ans 6 mois; 13 ans 7 mois; 14 ans 4 mois; 15 ans.

43 Grecques orthodoxes : 13 ans; 12 ans; 14 ans; 12 ans 6 mois; 17 ans; 11 ans 6 mois; 13 ans 6 mois; 15 ans; 11 ans, 11 ans 8 mois; 16 ans.

27 Druses : 13 ans; 11 ans; 14 ans; 11 ans 6 mois; 12 ans; 15 ans; 10 ans; 11 ans 3 mois; 12 ans 6 mois; 16 ans; 19 ans.

40 Juives : 11 ans; 14 ans; 12 ans; 13 ans; 16 ans; 17 ans.

36 Grecques catholiques : 13 ans; 14 ans; 12 ans; 15 ans; 11 ans; 12 ans 6 mois; 16 ans.

2 Syriennes catholiques : 12 ans; 14 ans.

5 Arméniennes catholiques : 11 ans 6 mois; 12 ans 6 mois; 14 ans; 14 ans 6 mois; 13 ans 6 mois.

118 Maronites : 12 ans; 14 ans; 13 ans; 15 ans; 16 ans; 17 ans; 13 ans 6 mois; 9 ans; 11 ans; 11 ans 6 mois; 12 ans 6 mois; 14 ans 10 mois.

2 Bédouines : 13 ans 6 mois; 14 ans.

1 Arménienne orthodoxe : 16 ans.

III

DURÉE DE L'ÉCOULEMENT MENSTRUEL

1° *Durée par nationalités et par classes.* — Parmi les 742 femmes, dont nous avons recueilli les observations, 659 avaient leurs règles tous les mois, 83 autres étaient irrégulièrement menstruées. La durée de la perte cataméniale chez ces femmes nous est donnée par le tableau suivant :

TABLEAU II

DURÉE DE LA PERTE MENSTRUELLE	BÉDOUINES	MUSULMANES		DRUSES		JUIVES		SYRIENNES CATHOLIQUES		GRECQUES CATHOLIQUES		ARMÉNIENNES CATHOLIQUES		MARONITES		GRECQUES ORTHODOXES		ARMÉNIENNES ORTHODOXES		TOTAL DES CAS	
	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.
1 jour	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	8
2 —	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	5	»	»	2	4	»	2	»	»	2	13
3 —	»	3	1	2	6	2	2	»	»	5	12	»	»	12	32	3	3	»	»	27	56
4 —	»	6	1	4	4	12	8	»	»	5	5	3	1	19	21	6	4	1	»	56	44
5 —	»	9	2	1	5	16	16	1	»	9	5	4	1	9	13	8	3	1	1	58	46
6 —	1	24	3	5	3	6	5	2	1	24	1	10	1	16	15	30	12	»	»	117	42
7 —	1	55	5	4	6	1	4	1	1	39	6	1	2	22	10	27	17	1	»	151	52
8 —	»	2	5	5	2	4	5	»	»	7	1	»	»	8	18	6	2	»	»	32	33
9 —	»	1	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	2	»	»	»	»	5	2
10 —	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2
11 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»
MOYENNE PAR CLASSES	6 j. 1/2	6 j. 31/100	6 j. 31/100	6 jours	5 jours	5 j. 1/2	5. j 40	6 jours	6 j. 1/2	6 j. 21	4 jours	5 j. 1/2	5 j. 45	5 j. 47	4 j. 87	6 jours	5 j. 83	5 j. 33	5 jours	5 j. 95	5 j. 18
MOYENNE PAR NATIONALITÉS	6 j. 50	6 j. 33		5 j. 53		5 j. 30		6 j. 46		5 j. 60		5 j. 1/2		5 jours		6 jours		5 j. 25		5 j. 63	

La durée moyenne de la perte chez les Syriennes, sans distinction de classes et de nationalités, est de 5 jours 63. La moyenne que nous avions obtenue dans nos recherches chez les femmes de Marseille était seulemeut de 4 jours 1/2. Nos résultats sembleraient donc confirmer le sentiment de Haller (1), que les pays chauds rendent les règles abondantes et les font durer plus longtemps.

Ordre de fréquence des jours : 7 jours ; 6 jours ; 5 jours ; 4 jours ; 3 jours ; 8 jours ; 2 jours ; 9 jours ; 1 jour ; 10 jours ; 11 jours. Sur 741 observations, dans 540, la durée de l'écoulement a été de 5 jours à 11 jours.

La classe aisée est ici encore plus favorisée que la classe

(1) Haller. Elementa Physiologiæ, t. VII, § 4.

laborieuse. La durée de la perte est pour elle 5 jours 95, elle n'est que de 5 jours 18 pour la 2e.

Ordre de fréquence des jours. Classe aisée : 7 jours ; 6 jours ; 5 jours ; 8 jours ; 3 jours ; 9 jours ; 2 jours ; 11 jours.

Classe laborieuse : 3 jours ; 7 jours ; 5 jours ; 4 jours ; 6 jours ; 8 jours ; 2 jours ; 1 jour ; 9 jours ; 10 jours.

La durée de la perte dans les nationalités, sans distinction de classes est la suivante :

Bédouines : 6 jours 50 ;
Musulmanes : 6 jours 33 ;
Syriennes catholiques : 6 jours 16 ;
Grecques orthodoxes : 6 jours ;
Grecques catholiques : 5 jours 60 ;
Druses : 5 jours 53 ;
Arméniennes catholiques : 5 jours 1/2 ;
Juives : 5 jours 30.
Arméniennes orthodoxes : 5 jours 25 ;
Maronites : 5 jours ;
Cette moyenne varie suivant les classes :

Classe aisée.

Musulmanes : 6 jours 32 ;
Grecques catholiques : 6 jours 21 ;
Druses : 6 jours ;
Syriennes catholiques : 6 jours ;
Grecques orthodoxes : 6 jours ;
Juives : 5 jours 1/2 ;
Arméniennes catholiques : 5 jours 1/2 ;
Maronites : 5 jours 47 ;
Arméniennes orthodoxes : 5 jours 33.

Classe laborieuse.

Bédouines : 6 jours 1/2 ;
Syriennes catholiques : 6 jours 1/2 ;
Musulmanes : 6 jours 31 ;
Grecques orthodoxes : 5 jours 83 ;

Arméniennes catholiques : 5 jours 4/5 ;
Juives : 5 jours 40 ;
Druses : 5 jours ;
Arméniennes orthodoxes : 5 jours ;
Maronites : 4 jours 87 ;
Grecques catholiques : 4 jours ;
Ordre de fréquence des jours :

Classe aisée.

Musulmanes : 7 jours ; 6 jours ; 5 jours ; 4 jours ; 3 jours ; 8 jours ; 9 jours.

Grecques catholiques : 7 jours ; 6 jours ; 5 jours ; 8 jours ; 4 jours ; 3 jours.

Druses : 6 jours ; 8 jours ; 4 jours ; 7 jours ; 3 jours ; 5 jours ; 9 jours.

Syriennes catholiques : 6 jours ; 5 jours ; 7 jours.

Grecques Orthodoxes : 6 jours ; 7 jours ; 5 jours ; 4 jours ; 8 jours ; 3 jours ; 11 jours.

Juives : 5 jours ; 4 jours ; 6 jours ; 8 jours ; 3 jours ; 7 jours ; 9 jours.

Arméniennes catholiques : 6 jours ; 5 jours ; 4 jours ; 7 jours.

Maronites : 7 jours ; 4 jours ; 6 jours ; 3 jours ; 5 jours 8 jours ; 2 jours ; 9 jours.

Arméniennes orthodoxes : 4 jours ; 5 jours ; 7 jours.

Classe laborieuse.

Bédouines : 6 jours ; 7 jours.

Syriennes catholiques : 6 jours ; 7 jours.

Musulmanes : 7 jours ; 8 jours ; 6 jours ; 5 jours ; 2 jours ; 3 jours ; 4 jours ; 10 jours ;

Grecques orthodoxes : 7 jours ; 6 jours ; 4 jours ; 3 jours ; 5 jours ; 2 jours ; 8 jours.

Arméniennes catholiques : 7 jours ; 4 jours ; 5 jours ; 6 jours.

Juives : 5 jours ; 4 jours ; 6 jours ; 8 jours ; 3 jours.

Druses : 3 jours ; 7 jours ; 5 jours ; 4 jours ; 6 jours ; 8 jours ; 2 jours.

Arméniennes orthodoxes : 5 jours ;

Maronites : 3 jours ; 4 jours ; 8 jours ; 6 jours ; 6 jours ; 7 jours ; 2 jours ; 1 jour ; 9 jours.

Grecques catholiques : 3 jours ; 7 jours ; 2 jours ; 4 jours ; 5 jours ; 1 jour ; 6 jours ; 8 jours.

2° *Durée de la perte par tempérament.* — Sur 743 femmes, il en est 689 au sujet du tempérament desquelles nous possédons des renseignements ; soit, 126 à tempérament sanguin ; 223 à tempérament lymphatique ; 74 à tempérament bilieux ; 171 à tempérament nerveux, 44 à tempérament lymphatico-sanguin ; 51 à tempérament lymphatico-nerveux.

La durée de la perte pour chaque tempérament, varie ainsi qu'il suit :

TABLEAU III

DURÉE DE LA PERTE MENSTRUELLE	TEMPÉRAMENT SANGUIN		TEMPÉRAMENT LYMPHATIQUE		TEMPÉRAMENT NERVEUX		TEMPÉRAMENT BILIEUX		TEMPÉRAMENT LYMPHATICO-SANGUIN		TEMPÉRAMENT LYMPHATICO-NERVEUX	
	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	l.	a.
1 jour	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»
2 —	1	»	»	4	»	2	»	1	»	»	»	1
3 —	3	8	2	10	8	6	4	4	1	3	2	5
4 —	11	17	1	16	14	5	10	9	1	2	4	5
5 —	14	14	6	15	17	7	7	5	7	2	2	3
6 —	35	40	7	9	27	11	5	5	8	4	4	4
7 —	25	54	9	15	45	16	14	3	8	»	4	6
8 —	6	8	4	7	7	6	2	4	5	3	3	4
9 —	2	2	»	2	»	»	»	»	»	»	1	2
10 —	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»
11 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
MOYENNE DE LA PERTE DANS CHAQUE CLASSE	5 j. 94	6 jours	6 jours	5 j. 375	4 j. 22	5 j. 61	5 j. 50	4 j. 97	6 j. 20	5 j. 35	6 jours	5 j. 55
MOYENNE SANS DISTINCTION DE CLASSE	5 jours 975		5 jours 80		4 jours 68		5 jours 27		5 jours 93		5 jours 82	

Au point de vue de la durée moyenne de la perte, on peut donc classer les tempéraments dans l'ordre suivant :

Tempérament sanguin : 5 jours 975;

Tempérament lymphatico-sanguin : 5 jours 93;

Tempérament lymphatico-nerveux : 5 jours 82;

Tempérament lymphatique : 5 jours 80;

Tempérament bilieux : 5 jours 27;

Tempérament nerveux : 4 jours 68:

La classe aisée perd notablement plus que la classe laborieuse chez les femmes à tempérament lymphatique, bilieux, lymphatico-sanguin, ou lymphatico-nerveux. La différence est en faveur de la classe laborieuse chez les femmes à tempérament sanguin ou nerveux.

Durée moyenne de la perte dans les 2 classes :

Classe aisée.

Tempérament lymphatico sanguin : 6 jours 20;

Tempérament lymphatique : 6 jours;

Tempérament lymphatico-nerveux 6 jours;

Tempérament sanguin : 5 jours 94;

Tempérament bilieux : 5 jours 50;

Tempérament nerveux : 4 jours 22.

Classe laborieuse.

Tempérament sanguin : 6 jours;

Tempérament nerveux : 5 jours 61;

Tempérament lymphatico-nerveux : 5 jours 55;

Tempérament lymphatique : 5 jours 375;

Tempérament lymphatico-sanguin : 5 jours 35;

Tempérament bilieux : 4 jours 97.

IV

MÉNOPAUSE

128 femmes de notre statistique avaient franchi l'époque de la ménopause.

TABLEAU IV

AGE DE LA MÉNOPAUSE	BÉDOUINES	MUSULMANES		DRUSES		JUIVES		SYRIENNES CATHOLIQUES		GRECQUES CATHOLIQUES		ARMÉNIENNES CATHOLIQUES		MARONITES		GRECQUES ORTHODOXES		ARMÉNIENNES ORTHODOXES		TOTAL DES CAS	
	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.
33 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
35 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
36 —	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
37 —	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	2
38 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	2	1
39 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	2	1	1	»	»	3	3
40 —	»	2	»	»	»	»	1	»	»	4	»	»	»	»	4	4	2	»	»	10	7
41 —	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
42 —	»	2	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	1	»	1	2	»	»	7	2
42 — 4 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
43 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	»	3	1
44 —	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	1
45 —	1	»	1	2	»	»	»	»	»	3	»	1	»	1	3	1	»	»	»	8	5
46 —	»	1	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	1	»	»	5	1
46 — 9 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
47 —	»	3	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	2	»	»	6	4
48 —	»	1	»	1	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	4	1	»	1	»	6	4
49 — 4 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
50 —	»	»	»	1	1	1	4	»	»	2	»	»	»	1	»	1	2	»	»	6	7
51 —	»	1	»	1	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	3	2
52 —	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	1	3
53 —	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
54 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»
55 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	»	1	1
56 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	2
57 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	2	»
60 —	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3	»
62 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
MOYENNES PAR CATÉGORIES	45 ans	47 ans	43 ans, 8 mois	47 ans, 5 mois, 4 jours	47 ans, 4 mois	50 ans	48 ans, 10 mois		37 ans	44 ans, 5 mois, 28 jours	51 ans	45 ans		46 ans, 2 mois, 10 jours	43 ans, 3 mois, 18 jours	43 ans, 10 mois, 12 jours	46 ans, 2 mois, 19 jours	48 ans	62 ans	45 a., 11 m., 7 j. 3/4	45 ans, 6 mois, 7 jours
MOYENNES PAR NATIONALITÉS	45 ans	46 ans 6 mois 16 jours		47 ans 4 mois 24 jours		49 ans		37 ans		44 ans 9 mois 18 jours		45 ans		44 ans 7 mois 11 jours		45 ans 1 mois 4 jours		55 ans		45 ans 9 mois	

Cette dernière s'était montrée, sauf un cas de 25 ans, chez une tuberculeuse, de 33 à 62 ans, dans les proportions suivantes.

D'après ce tableau, l'âge de la ménopause chez les Syriennes en général, sans distinction de classes et de nationalités, est de 45 ans 19 mois, soit une différence de 21 mois, avec les femmes d'Espagne chez lesquelles la ménopause serait, d'après le professeur Seco-Baldor, de 44 ans; une différence de 6 mois avec les femmes de Paris et de 14 mois avec les femmes de Marseille, la ménopause étant dans ces deux dernières villes, 46 ans 3 mois 7 jours et 46 ans 11 mois 17 jours. Le plus grand nombre des femmes cessent d'être réglées à 40 ans. Viennent ensuite, dans l'ordre de leur fréquence, les âges de 45 ans; 50 ans; 47; 48; 42; 39; 46; 51 ans; 43 ans; 44 ans; 52 ans; 37 ans; 38 ans; 60 ans; 36 ans; 54 ans; 55 ans; 56 ans; 33 ans; 35 ans; 42 ans 4 mois; 46 ans 9 mois; 49 ans 4 mois; 53 ans; 62 ans.

Dans la classe aisée, l'âge moyen, d'après 74 femmes, 45 ans 11 mois 7 jours est supérieur de 5 mois 7 jours, sur l'âge moyen de la classe laborieuse fourni par 54 observations, 45 ans 6 mois 7 jours.

Ordre de fréquence des âges de la ménopause.

Classe aisée: 40 ans; 45 ans; 42 ans; 47 ans; 48 ans; 46 ans; 50 ans; 39 ans; 43 ans; 44 ans; 51 ans; 60 ans; 38 ans; 54 ans; 57 ans; 33 ans; 37 ans; 49 ans; 4 mois; 52 ans; 55 ans.

Classe laborieuse: 50 ans; 40 ans; 45 ans;48 ans; 39 ans; 47 ans; 52 ans; 36 ans; 37 ans; 42 ans; 51 ans; 56 ans. 35 ans; 38 ans; 41 ans; 42 ans 4 mois; 43 ans; 44 ans; 46 ans; 46 ans 9 mois; 53 ans; 55 ans; 62 ans.

L'âge moyen de la ménopause dans les nationalités sans distinction de classes est le suivant:

2 Arméniennes orthodoxes : 55 ans;

7 Juives : 49 ans:

10 Druses : 47 ans 4 mois 24 jours;

22 Musulmanes : 46 ans 6 mois 16 jours ;
32 Grecques orthodoxes : 45 ans 1 mois 4 jours ;
1 Arménienne catholique : 45 ans.
1 Bédouine : 45 ans.
20 Grecques catholiques : 44 ans 9 mois 18 jours ;
32 Maronites : 44 ans 7 mois 11 jours.
1 Syrienne catholique : 37 ans.

Dans ces nationalités, les âges moyens diffèrent donc notablement. Remarquons en particulier, entre les Druses et les Maronites du Liban, un écart de plus de 2 ans et 9 mois.

Nous retrouvons encore ici une différence entre la classe aisée et la classe laborieuse.

Classe aisée.

1 Juive : 50 ans ;
1 Arménienne orthodoxe : 48 ans ;
7 Druses : 47 ans 5 mois 4 jours ;
19 Musulmanes : 47 ans ;
11 Maronites : 46 ans 2 mois 16 jours ;
1 Arménienne catholique : 45 ans ;
19 Grecques catholiques : 44 ans 5 mois 28 jours ;
15 Grecques orthodoxes : 43 ans 10 mois 12 jours ;

Classe laborieuse.

1 Arménienne orthodoxe : 62 ans ;
1 Grecque catholique : 51 ans ;
6 Juives : 48 ans 10 mois ;
3 Druses : 47 ans 4 mois ;
17 Grecques orthodoxes : 46 ans 2 mois 14 jours ;
1 Bédouine : 45 ans ;
3 Musulmanes : 43 ans 8 mois ;
21 Maronites : 43 ans 3 mois 18 jours ;
1 Syrienne catholique : 37 ans.

Sur ces 128 femmes, 35, dont 18 de classe aisée et 17 de

TABLEAU V

DURÉE TOTALE DE LA VIE MENSTRUELLE	BÉDOUINES	MUSULMANES		DRUSES		JUIVES		SYRIENNES CATHOLIQUES		GRECQUES CATHOLIQUES		ARMÉNIENNES CATHOLIQUES		MARONITES		GRECQUES ORTHODOXES		ARMÉNIENNES ORTHODOXES		TOTAL	
	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.	a.	l.
20 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
21 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
22 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
23 —	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»	»	1	1	»	»	»	»	2	2
24 —	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	1	2
25 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	1	»	»	»	1	3
26 —	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2	»	»	»	»	4	2
26 — 10 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
27 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	1	1	1	»	»	5	1
27 — 8 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
28 —	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	4	2	»	»	5	5
29 — 9 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
30 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	3	»	»	»	»	2	»	1	»	»	4	3
30 — 6 mois	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
30 — 9 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
30 — 11 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
31 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	1	»	»	2	2
31 — 4 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
31 — 6 mois	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
32 —	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»	»	»	3	2
33 —	1	1	»	2	»	»	1	»	»	4	»	»	»	»	1	3	2	»	»	9	4
34 —	»	3	»	1	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	»	1	1	»	8	2
34 — 6 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1
34 — 10 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	2
35 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	3	»
36 —	»	»	1	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2	1	»	»	»	1	5
36 — 4 mois	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
37 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	1
37 — 11 mois	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
38 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1	1	»	»	2	2
38 — 6 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
39 —	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	2	2
39 — 11 mois	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
40 —	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1
41 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
42 —	»	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	2	1
43 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
43 — 6 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»
44 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
45 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
46 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
47 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
48 —	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»
MOYENNES PAR CATÉGORIES	31 ans 6 mois	34 ans 5 mois 9 jours	30 ans 8 mois	35 ans 9 mois 18 jours	35 ans 8 mois	39 ans	34 ans 2 mois		23 ans	31 ans 3 mois 7 jours	38 ans 6 mois	32 ans		32 ans 7 mois 19 jours	31 ans 3 mois	30 ans 1 mois 12 jours	32 ans 5 mois 24 jours	34 ans	46 ans	34 ans 2 mois 7 jours 1/2	30 ans 5 mois 12 jours
MOYENNES PAR NATIONALITÉS	31 ans	33 ans 11 mois 12 jours		35 ans 9 mois		34 ans 10 mois 8 jours		23 ans		31 ans 7 mois 18 jours		32 ans		31 ans 8 mois 20 jours		31 ans 4 mois 29 jours		40 ans		32 ans 7 mois 9 jours	

classe laborieuse n'ont eu leur ménopause qu'après 50 ans.

La durée moyenne de la vie menstruelle chez les 128 Syriennes est 32 ans 7 mois 9 jours ; soit 34 ans 2 mois 7 jours, pour la classe aisée, 30 ans 5 mois 12 jours, pour la classe laborieuse ces moyennes sont très rapprochées de celles des contrées d'Europe.

Durée moyenne de la vie menstruelle dans les nationalités.

Sans distinction de classes.

Arméniennes orthodoxes : 40 ans ;
Druses : 35 ans 9 mois ;
Juives : 34 ans 10 mois 8 jours ;
Musulmanes : 33 ans 11 mois 12 jours ;
Arménienne catholique : 32 ans ;
Maronites : 31 ans 8 mois 20 jours ;
Grecques catholiques : 31 ans 7 mois 18 jours ;
Bédouine : 31 ans, 6 mois.
Grecques orthodoxes : 31 ans, 4 mois, 29 jours.
Syrienne catholique : 23 ans.

En écartant de cette statistique les Arméniennes orthodoxes, Arméniennes catholiques, Bédouines et Syriennes catholiques dont la moyenne repose seulement sur une ou deux observations, on constate avec étonnement combien plus longue est la vie menstruelle chez les populations non chrétiennes, où le divorce est admis et pratiqué : Druses, Juives et Musulmanes. Il n'est pas possible de donner le motif de cette singularité.

Classe aisée.

Juives : 39 ans ;
Druses : 35 ans 9 mois 13 jours ;
Musulmanes : 34 ans 5 mois 19 jours ;
Arméniennes orthodoxes : 34 mois.
Maronites : 32 ans 7 mois 19 jours.
Arménienne catholique : 32 ans.

Grecques catholiques : 31 ans 3 mois 7 jours ;
Grecques orthodoxes : 30 ans 1 mois 12 jours.

Classe laborieuse.

Arméniennes orthodoxes : 46 ans ;
Grecques catholiques : 38 ans 6 mois ;
Druses : 35 ans, 8 mois ;
Juives : 34 ans 2 mois ;
Grecques orthodoxes : 32 ans 5 mois 24 jours ;
Bédouines : 31 ans 6 mois ;
Maronites : 31 ans 3 mois ;
Musulmanes : 30 ans 8 mois ;
Syriennes catholiques : 23 ans.

Quelle est l'influence exercée par l'âge de la puberté sur celui de la ménopause ? Les femmes réglées de bonne heure voient-elles l'époque de la ménopause reculée ?

Ce tableau établit péremptoirement que l'âge de la puberté n'exerce aucune influence sur celui de la ménopause. C'était aussi notre conclusion dans notre mémoire déjà cité sur la menstruation à Marseille. On voit en effet que l'âge moyen de la puberté ne s'abaisse nullement d'une façon progressive, au fur et à mesure que la ménopause est plus tardive, puisque pour ne citer que les 2 premières et les 2 dernières moyennes, aux âges de la ménopause, 33 ans, 35 ans, 60 ans, 62 ans, correspondent les âges moyens de la puberté, 13 ans, 12 ans, 14 ans 4 mois, 16 ans. D'ailleurs, en procédant sur des nombres considérables, en prenant comme limite l'âge moyen de la menstruation en Syrie, 45 ans 9 mois, on trouve de 33 à 45 ans 65 observations de ménopause auxquelles correspond un âge moyen de puberté de 13 ans 5 mois et 17 jours ; de 46 ans à 62 ans, 63 observations de ménopause auxquelles correspond un âge moyen de 13 ans 6 mois 25 jours, soit un écart de 38 jours entre les deux catégories ; ce qui est insignifiant. On obtient un résultat analogue en recherchant réciproquement l'âge moyen de la ménopause, l'âge moyen de la puberté étant pris pour

TABLEAU VI

AGE DE LA MÉNOPAUSE	AGE DE LA PUBERTÉ																			AGE MOYEN DE LA PUBERTÉ CORRESPONDANT A CHAQUE AGE DE LA MÉNOPAUSE
	10 ans	10 ans 6 m.	11 ans	11 ans 6 m.	11 ans 8 m.	12 ans	12 ans 1 m.	12 ans 2 m.	12 ans 6 m.	13 ans	13 ans 2 m.	13 ans 6 m.	14 ans	15 ans	15 ans 3 m.	16 ans	17 ans	18 ans	Total	
33 ans	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	13 ans
35 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	12 ans
:6 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2	13 ans 6 mois
37 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	»	»	3	13 ans 8 mois
38 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	»	»	3	14 ans
39 —	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	2	»	»	»	1	»	6	13 ans 8 mois
40 —	»	»	»	»	»	5	»	»	»	4	1	»	4	1	»	2	»	»	17	13 ans 6 mois 10 jours
41 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	13 ans
42 —	»	»	»	1	»	4	»	»	»	»	»	»	3	»	»	1	»	»	9	13 ans 20 jours
42 — 4 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1	15 ans
43 —	»	»	»	»	1	1	1	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	4	12 ans 8 mois 7 jours
44 —	»	»	»	»	»	1	»	»	1	1	»	»	1	»	»	»	»	»	4	12 ans 10 mois 15 jours
45 —	»	1	1	»	»	4	»	»	»	2	»	1	2	2	1	»	»	»	13	14 ans 7 jours
46 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	4	»	»	»	»	1	»	»	»	6	13 aus 2 mois 15 jours
46 — 9 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	17 ans
47 —	»	»	»	»	»	»	»	1	1	5	»	»	2	1	»	»	»	»	10	13 ans 3 mois 6 jours
48 —	»	»	1	»	»	2	»	»	»	2	1	»	2	1	»	1	»	»	10	13 ans 3 mois 24 jours
49 — 4 mois	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1	13 ans
50 —	2	»	1	»	»	»	1	»	»	2	»	»	3	1	»	1	2	»	13	13 ans 6 mois 16 jours
51 —	»	»	»	»	»	2	»	»	1	2	»	»	»	»	»	»	»	»	5	14 ans 6 mois
52 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	1	»	»	1	»	»	4	13 ans 9 mois
53 —	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	11 ans
54 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	12 ans 6 mois
55 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	2	16 ans
56 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	2	12 ans 6 mois
57 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	2	12 ans 9 mois
60 —	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	3	14 ans 4 mois
62 —	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	16 ans
AGE MOYEN DE LA MÉNOPAUSE POUR CHAQUE AGE DE LA PUBERTÉ	50 ans	45 ans	49 ans	42 ans	43 ans	45 ans 24 jours	46 ans 6 mois	47 ans	47 ans 4 mois	44 ans 8 mois 11 jours	44 ans	51 ans	43 ans 6 mois 23 jours	44 ans 5 mois 24 jours	46 ans	47 ans 5 mois 4 jours	48 ans 1 mois 24 jours	60 ans	128 cas	

limite. De 10 ans à 12 ans, pour 44 observations de puberté, on obtient un âge moyen de ménopause de 45 ans 9 mois et 16 jours ; de 13 ans à 18 ans, la moyenne de la ménopause donnée par 84 observations est 45 an 1 mois 14 jours, soit 8 mois de différence avec la première catégorie.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MONTPELLIER.

MÉTRO-PÉRITONITE ET PELVI-PÉRITONITE AIGUES CONSÉCUTIVES A UN AVORTEMENT. — ABCÈS DU LIGAMENT LARGE. — FIÈVRE HECTIQUE, INANITION, MARASME. — TENTATIVE DE LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE DEMEURÉE INCOMPLÈTE PAR SUITE D'ADHÉRENCES. — PÉNÉTRATION DANS LE FOYER A TRAVERS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE. — DRAINAGE DE PART EN PART. — GUÉRISON.

Par le professeur **Léon Dumas.**

La fréquence des inflammations péri-utérines à la suite de l'accouchement, et surtout après l'avortement, fréquence due la plupart du temps au défaut de précautions ; l'influence si marquée et si souvent funeste qu'elles exercent sur l'organisme lorsqu'elles ont donné lieu à une collection purulente profonde ; les difficultés si grandes que l'on rencontre parfois dans le diagnostic, sinon de l'existence, tout au moins du siège précis des abcès intra-pelviens ; enfin l'inefficacité habituelle d'un traitement purement palliatif, ainsi que les dangers de certaines interventions chirurgicales, justifieraient, s'il en était besoin, la publication de cette observation qui montre d'une manière frappante, me semble-t-il, l'utilité d'ouvrir largement ces abcès et de les traiter par des lavages aussi complets que possible. J'ai pensé que,

même sans les remarques qui précèdent, sa lecture ne serait pas dépourvue d'intérêt pour tous ceux qui suivent les progrès actuels de la chirurgie abdominale et particulièrement de la gynécologie opératoire.

L'intervention à laquelle j'ai cru devoir recourir dans l'observation qu'on va lire m'a été suggérée par la communication très intéressante de M. le Dr Pozzi à la Société de chirurgie sur la *Laparotomie sous-péritonéale* (1). L'habile chirurgien de Lourcine y rapporte cinq observations qui démontrent et l'innocuité et les heureux effets du procédé opératoire déjà conseillé par Hegar, et consistant à agir entièrement en dehors de la cavité péritonéale, en même temps que les succès thérapeutiques résultant d'un traitement aussi rationnel que le drainage de part en part.

On verra, dans l'observation qui suit, comment la première partie du programme que je m'étais tracé n'a pas pu être exécutée dans son entier. On y verra aussi comment, grâce à ces mêmes obstacles, devenus favorables à un autre point de vue, le résultat important à pu néanmoins être atteint sans danger et aboutir à une guérison qui pouvait à bon droit passer un instant pour désespérée.

On y verra enfin comment une opération de ce genre peut devenir de mise, même comme moyen de diagnostic lorsqu'il n'est plus permis de douter de l'imminence d'une issue funeste, et qu'une observation attentive et suffisamment prolongée — pendant quatre mois dans le cas présent — a démontré l'inefficacité de tous les autres moyens thérapeutiques. Lorsque l'existence d'une collection purulente profonde est démontrée par les symptômes généraux et locaux si connus que nous rencontrons ici, l'opération, outre qu'elle permet d'en déterminer le siège précis, offre cet immense avantage

(1) De la laparotomie sous-péritonéale (en particulier dans le traitement des abcès pelviens et des hématocèles pelviennes), par le Dr Pozzi, agrégé, chirurgien de Lourcine, *in Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie, séance du* 14 *avril* 1886.

qu'elle se transforme instantanément, d'un simple moyen d'exploration en un moyen curatif par excellence.

Je n'insisterai pas davantage sur ces considérations qui ressortent d'elles-mêmes, il me semble, de l'exposé des faits. On en jugera par le résumé suivant que j'extrais de l'observation très exactement prise jour par jour par M. le Dr Guinier, mon chef de clinique.

Le 22 février 1886, entre à la Clinique, salle Sainte-Philomène, lit numéro 2, la nommée Marie A..., épouse G..., ménagère, âgée de 22 ans, née à C. (Tarn), domiciliée à Montpellier.

Rien d'important à signaler comme antécédents, soit héréditaires, soit personnels. D'une constitution plutôt au-dessous de la moyenne et d'un tempérament nerveux, la malade a joui d'une santé généralement bonne jusqu'à la maladie actuelle. Elle n'a eu qu'une fièvre typhoïde qui n'a pas laissé de traces.

Réglée depuis l'âge de 13 ans, d'une façon régulière et moyenne, elle est devenue trois fois enceinte. Les deux premières grossesses n'ont rien présenté d'anormal et se sont terminées par l'expulsion naturelle de deux enfants actuellement vivants, et qui sont nés, le premier, un garçon, le 18 mai 1882, le second, une fille, le 5 juillet 1884. La troisième grossesse a été interrompue, dans le courant du quatrième mois, par un avortement survenu dans les circonstances suivantes.

Ne se trouvant pas assez grande pour atteindre un objet placé hors de sa portée, elle était montée sur le barreau d'une chaise sur laquelle était assis son mari. Celui-ci s'étant brusquement levé, elle perdit l'équilibre et alla tomber brutalement à la renverse sur le plancher. Une hémorrhagie considérable se fit aussitôt par les organes génitaux et continua jusqu'au moment de l'expulsion de l'œuf qui eut lieu spontanément neuf jours après l'accident, dans les premiers jours du mois d'octobre 1886.

Quatre jours après, la malade se levait et reprenait ses occupations ordinaires, entre autres celle d'aller faire des fagots dans les champs et de les transporter en ville, ce qui dura tout un mois sans encombre. Mais vers le 10 novembre éclatèrent tout à coup dans le bas-ventre de violentes douleurs contre lesquelles elle essaya de lutter pendant 5 ou 6 jours, mais qui finirent par acqué-

rir une telle intensité qu'elle fut obligée de se mettre au lit. D'ailleurs aucune apparence de menstruations.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis plus de trois mois, elle n'a pas cessé de souffrir malgré tous les soins qui lui ont été donnés chez elle (injections phéniquées, frictions avec la pommade mercurielle, cataplasmes et repos). Ses souffrances prolongées, la perte progressive de ses forces, son amaigrissement considérable, enfin le résultat absolument négatif du traitement suivi, l'ont enfin décidée à se faire transporter à l'hôpital.

L'examen de la malade fournit les résultats suivants :

Aspect général mauvais. Faciès amaigri, souffrant ; yeux excavés et cernés, coloration terreuse. Décubitus dorsal. Excitation nerveuse assez prononcée, vives inquiétudes sur son état. Inappétence, dégoût pour les aliments, digestions pénibles, vomissements assez fréquents

Sensation pénible de pesanteur dans le bas-ventre, exaspérée par la marche et accompagnée de douleurs dans la région lombaire, ce qui oblige la malade à garder le lit d'une façon à peu près constante.

Les règles n'ont pas reparu depuis l'avortement. Pertes blanches assez abondantes.

Constipation. Insomnie.

L'examen objectif montre un certain degré de ballonnement du ventre, qui donne au palper comme une sensation d'empâtement mais possède une certaine souplesse. Tympanisme. La pression sur l'abdomen, sensible partout, est surtout douloureuse au niveau de l'utérus et vers la fosse iliaque gauche.

Le toucher vaginal est douloureux. Il permet de constater que le vagin est chaud ; que le col de l'utérus, dirigé en avant et à gauche, est très sensible, volumineux et fermé ; que l'utérus est immobile ; que les culs-de-sac du vagin ont perdu leur souplesse habituelle, surtout à gauche et en arrière où existe une induration manifeste et où la douleur est extrêmement vive.

Le toucher rectal, très douloureux, surtout vers la droite, constate l'augmentation de volume du corps qui paraît être en antéflexion.

Rien de particulier du côté de la circulation et de la respiration. Pouls faible.

(Prescriptions : larges cataplasmes émollients sur l'abdomen;

injections vaginales d'eau chaude deux fois par jour. Bouillon, lait, vin, régime *ad libitum*).

4 mars. L'abdomen est moins douloureux et moins ballonné, ce qui permet de constater un empâtement obscur et mal limité situé assez profondément à gauche de l'utérus.

Le 8. Pendant la nuit, douleurs vives dans la fosse iliaque gauche. Vomissements verdâtres. On constate, au niveau du point douloureux, une tumeur plus nette et très sensible à la pression.

(Application d'un vésicatoire.)

Le 10. Vomissements. Insomnie. Apparition d'une eschare au niveau du sacrum. Temp. 39°.

Le 12. Pas de vomissements. Elancements du côté gauche de l'abdomen. Toucher vaginal extrêmement douloureux, surtout dans le cul-de-sac postérieur. Battements artériels vers la gauche.

(Cataplasmes. Injections à 40° avec eau de mauve et décoction de pavot.)

Le 15. Douleurs abdominales plus vives, ventre ballonné, élancements à gauche, vomissements. Insomnie absolue. Fatigue extrême.

(Cataplasmes laudanisés. Injection sous-cutanée de morphine (1 centigr.) pour ce soir.)

Le 18. Nuit mauvaise, agitée, abdomen très douloureux ; vomissements verdâtres ce matin. Constipation opiniâtre.

(Calomel, 20 centigr. en 10 paquets; à prendre un toute les heures.)

Le 19. Sueurs profuses. A dormi toute la nuit après l'injection de morphine. L'eschare du sacrum s'étend et est très douloureuse. Pouls petit, dépressible, 112. Temp. 38°.

(Trois pilules avec : extrait gommeux d'opium, sulfate d'atropine, extrait mou de quinquina).

Le 20. Même état. Ténesme et issue de glaires par le rectum.

Le 22. T. 39°,8. Réveillée subitement à 3 heures du matin par une douleur très vive au niveau du grand trochanter gauche, qui est surmonté d'une tuméfaction assez volumineuse présentant de l'empâtement et une assez vive rougeur limitée. De ce point jusqu'à la grande échancrure sciatique, douleur à la pression sur le trajet du nerf sciatique.

Le 24. Douleurs dans toute l'étendue de la jambe gauche. Impotence de ce côté. Pas d'œdème, pas d'obstruction veineuse. Abdo-

men moins douloureux. Pouls 112. Sommeil après injection de morphine.

La tumeur du grand trochanter, moins pâteuse, donne une sensation de fluctuation et est le siège de douleurs lancinantes. Incision de deux centimètres de longueur, laissant échapper un peu de sérosité et de sang, mais pas de pus.

Le 26, L'eschare du sacrum a acquis la dimension de la paume de la main. Elle est saupoudrée avec iodoforme, quinquina, bismuth.

Le 29. Œdème dans tout le membre inférieur gauche. Rien du côté des veines. Frissons d'une minute de durée pendant toute la journée d'hier. Abdomen toujours douloureux à gauche.

Le 30. Depuis le 22, la température s'est graduellement abaissée jusqu'à 37°. Sommeil grâce aux injections de morphine. Frissons dans le membre inférieur gauche.

La petite plaie du grand trochanter laisse voir au-dessous de la peau, qui a repris son aspect normal, du tissu cellulaire sphacélé. Elle est soigneusement lavée deux fois par jour à l'eau phéniquée et saupoudrée avec l'iodoforme. L'eschare du sacrum donne un peu de pus. Pansements antiseptiques.

Les signes de rectite persistent. Le coccyx est extrêmement douloureux au toucher.

1er avril. Insomnie. Vomissements ce matin. Abdomen souple et indolore. Pas de frissons. Les selles paraissent revenir à l'état normal. L'eschare du sacrum commence à se détacher, les bords de la peau saine sont indurés, épaissis et douloureux. La partie centrale sphacélée exhale une très mauvaise odeur.

Faciès de plus en plus souffrant, émaciation progressive, coloration subictérique.

(Lavages antiseptiques fréquents, cataplasmes, injections vaginales, injections sous-cutanées de morphine. Potages, chocolat, côtelette, vin de quinquina.)

Du 4 au 6 avril. Affaiblissemnnt considérable, diarrhée augmentée, agitation, insomnie, émaciation extrême. Elévation de la température : le 6 au matin 38°, soir, 40°,3.

Abdomen légèrement tendu, peu douloureux. Tumeur bosselée et très douloureuse à la pression dans la fosse iliaque gauche située profondément, présentant peut-être une fluctuation très obscure. Sa forme, qui se limite mieux qu'auparavant, est ovoïde

à grand diamètre transversal. Elle est immobile. Au devant d'elle passe une anse intestinale qu'il est impossible de déplacer.

Au toucher, l'utérus est toujours immobilisé dans le bassin, mais le col est moins volumineux et surtout beaucoup moins douloureux à la pression. Le cul-de-sac postérieur est un peu plus souple, mais encore douloureux. Le cul-de-sac gauche, toujours douloureux, est le siège d'une induration très nette sans aucune apparence de fluctuation.

Une syncope se produit le 6 au soir.

Le 7. T. M. 40°,3. S. 37°,2. L'eschare du sacrum est détachée dans une grande partie de son étendue ; une portion considérable est séparée à coups de ciseaux. La diarrhée continue.

(Sulfate de quinine (0 gr., 50) et extrait gommeux d'opium.)

Le 8. T. M. 37°,7. S. 39°,2. Sueur profuse continuelle. Même état général. Le dernier lambeau de l'escharre du sacrum est tombé dans les pièces de pansement. La plaie, très profonde et d'aspect blafard, mesure 8 centim. de long sur 7 de large.

(Le sulfate de quinine est continué.)

Le 10. Amélioration légère de l'état général. Sueurs moins abondantes, ventre plus souple et plus facile à explorer. Vomissements le soir.

T. M. 37°,5. — S. 39°.

Le 11. Plaie du sacrum entièrement débarrassée des parties sphacélées. Agitation, affaiblissement de plus en plus marqué, émaciation effrayante.

(Potion avec 30 gr. de rhum et XX gouttes de liqueur anodine d'Hoffmann.)

La malade continue à ne pouvoir dormir qu'au moyen des injec tions de morphine.

Le 13. La petite plaie du grand trochanter laisse saillir des lambeaux de tissu cellulaire mortifiés. Ils sont excisés. La peau reste saine.

Le 19. Un lambeau volumineux, du volume d'une grosse noix, se présente à l'orifice de la plaie ; il est extrait avec la pince.

(Lavage des deux plaies avec l'eau phéniquée, pansement avec la poudre d'iodoforme.)

Le 23. Les plaies prennent meilleur aspect. Celle du sacrum est touchée avec le crayon de nitrate d'argent.

1er mai. Un liséré cicatriciel très net entoure la plaie du sacrum,

qui se rétrécit manifestement et prend une couleur satisfaisante. On continue à toucher tous les deux jours avec le nitrate d'argent.

Le 6 mai. La malade se plaint de chaleur et de douleur dans la bouche. Stomatite aphtheuse, langue très rouge, hérissée et desquamée. La face interne de la joue gauche est creusée d'une ulcération assez profonde d'où s'échappe un liquide sanieux et fétide.

(Collutoire au borax et au miel rosat.)

Le 9. Même état. (Toucher les ulcérations buccales avec la pommade chlorhydrique.)

Le 12. Abdomen tendu, constipation. Fluctuation (?) au niveau de la tumeur.

(Un verre d'eau d'Hunyadi Janos.)

Le 16. La tumeur est dure et paraît diminuer de volume. La surface semble plus irrégulière.

Le 17. La malade veut absolument rentrer chez elle. Elle revient à la Clinique le 19, se sentant extrêmement fatiguée, avec une coloration terreuse de la face très accentuée, en proie à l'insomnie et à l'inappétence.

Le 22. La paroi abdominale plus souple et plus dépressible permet de distinguer un peu mieux une apparence de fluctation au niveau de la tumeur. Au toucher, amélioration évidente, col mou, empâtement périphérique diminué. La tumeur est le siège d'élancements douloureux s'irradiant jusqu'à l'ombilic.

La plaie du sacrum a pâli. Diarrhée :

(Injections vaginales très chaudes. Lavement laudanisé. Pommade au précipité rouge.)

Le 28. Douleurs très vives au niveau de la tumeur.

Le 29. Diarrhée. Vomissements.

Depuis cette époque jusqu'au 24 juin, l'état de la malade continue à s'aggraver avec des alternatives d'amélioration passagère qui ne l'empêchent pas de tomber peu à peu dans un véritable marasme dont le terme inévitable est évidemment la mort. Sa maigreur est telle que le corps tout entier offre l'aspect d'un véritable squelette. L'expression vulgaire « la peau sur les os » se trouve réalisée à la lettre. Cependant, l'état de la bouche s'améliore peu à peu, et l'ulcération de la joue gauche finit par se combler grâce à quelques cautérisations avec la sulfate de cuivre. La plaie du sacrum, un instant atonique, fongueuse et recouverte

de pellicules grisâtres, prend un bon aspect à la suite de badigeonnages au perchlorure de fer ; les bourgeons charnus s'y développent avec rapidité et l'énorme perte de substance se comble peu à peu. Quant à la petite plaie du grand trochanter, elle cesse de donner issue à des débris sphacélés, et après être demeurée assez longtemps stationnaire, elle se cicatrise à la suite du rapprochement de ses bords au moyen de bandelettes agglutinatives.

Malgré cela, l'état général s'aggrave d'une façon progressive ; l'inappétence est complète, les vomissements sont presque incessants, de fréquentes lipothymies se produisent, l'insommie et l'agitation ne cèdent pas toujours à la morphine, la faiblesse augmente, des frissons irréguliers se montrent fréquemment, et le pouls, sans augmenter notablement de fréquence, devient d'une petitesse extrême.

Pendant ce temps, la tumeur abdominale, ou plutôt pelvienne, semble encore diminuer de volume. Par moments, elle paraît se rapprocher de la paroi abdominale, certains jours au contraire elle semble s'enfoncer davantage et est beaucoup plus difficile à explorer. Une anse intestinale, au niveau de laquelle on perçoit de la sonorité et du gargouillement, reste constamment interposée entre elle et la paroi abdominale.

Mon collègue et ami le professeur Tédenat voulut bien venir à deux reprises m'apporter le secours de son expérience. Il fut d'avis que la tumeur présentait un très léger degré de fluctuation.

En présence de cette confirmation d'un symptôme sur la réalité duquel je conservais encore, je l'avoue, quelques doutes, en présence surtout des symptômes de plus en plus alarmants qui décèlent évidemment une suppuration profonde, je me décide à tenter une intervention chirurgicale, seule ressource qui nous reste.

L'opération, proposée à la malade comme une éventualité possible dans un avenir plus ou moins éloigné, est refusée tout d'abord avec énergie. Mais au bout de peu de jours, la réflexion aidant son désir de recouvrer enfin la santé et de revenir auprès de ses enfants, la malade déclare qu'elle accepte tout ce qu'on jugera à propos de faire, et elle ne tarde pas à manifester son impatience d'en finir. Le 23 juin, l'opération est décidée pour le lendemain.

24 juin 1886. OPÉRATION. — Les précautions antiseptiques habituelles étant prises, relativement à la malade, aux assistants et

aux instruments, la femme est placée sur la table d'opération et soumise aux inhalations de chloroforme. Je vais tenter d'atteindre le foyer purulent par la *laparotomie sous-péritonéale*, telle qu'elle est décrite dans les observations de M. Pozzi. Une incision de 5 à 6 centimètres de longueur est faite à la peau de l'abdomen, parallèlement à l'arcade crurale, et à 2 centimètres au-dessus d'elle, immédiatement sur la tumeur. Les tissus sont incisés couche par couche jusqu'au péritoine. L'artère épigastrique, qui se présente au milieu de l'incision, est sectionnée entre deux ligatures ainsi que ses deux veines. Le péritoine pariétal est ensuite décollé avec le doigt de haut en bas jusqu'au-dessous de l'infundibulum des vaisseaux fémoraux ; mais à partir de ce point le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi et le péritoine tellement adhérent qu'il est impossible de le décoller davantage. Il en est de même du côté de la paroi latérale du bassin.

Force est donc de pénétrer avec le doigt dans la cavité péritonéale, ce qui permet d'arriver directement sur la tumeur et de constater qu'elle est située dans l'épaisseur du ligament large. Cette pénétration semble d'ailleurs devoir être exempte de dangers pour le péritoine, l'espace intra-péritonéal libre dans lequel a pénétré le doigt se trouvant complètement isolé du reste de la cavité séreuse par de solides adhérences qui le circonscrivent de toutes parts et qui résultent évidemment des péritonites partielles dont les symptômes ont été constatés à tant de reprises. Il est notamment comme bouché en haut par l'anse intestinale dont nous avons déjà parlé, et qui se trouve immobilisée au devant de la tumeur par des adhérences tellement serrées que, voulant éviter de les rompre, j'éprouve une certaine difficulté pour la refouler en haut afin de la mettre à l'abri de la pointe du trocart. La surface de cette anse intestinale est assez fortement injectée.

La fluctuation, nettement perçue cette fois, est très peu marquée et occupe un espace très restreint. Elle ne se propage nullement jusqu'au cul-de-sac vaginal correspondant au fond duquel le doigt qui pratique le toucher ne perçoit qu'une résistance dure lorsque l'autre main déprime la tumeur par en haut. Celle-ci est d'ailleurs à peine mobile.

Un trocart droit, de petit calibre, conduit sur l'extrémité du doigt, est enfoncé au centre de la tumeur. Le mandrin étant retiré, du pus bien lié et extrêmement épais arrive lentement à l'orifice

de la canule. L'aspirateur de Potain, adapté à celle-ci, en retire environ une quinzaine de grammes.

Un trocart courbe, d'un calibre plus fort, est ensuite introduit dans la tumeur le long du premier qui est alors retiré. L'extrémité aiguë du mandrin est rentrée dans la canule qui est poussée en bas jusqu'à ce qu'elle soit sentie par l'index introduit jusqu'au fond du vagin. Après que celui-ci s'est assuré de l'absence de tout battement artériel à ce niveau, le mandrin est poussé dans cette direction, et la paroi vaginale une fois perforée, la canule du trocart est poussée de haut en bas jusqu'à ce quelle soit venue ressortir à la vulve. Un tube à drainage est alors glissé dans son intérieur, la canule est retirée, et les deux extrémités du tube, dont l'une ressort par le vagin et l'autre par la plaie abdominale, sont laissées assez longues pour pouvoir être nouées ensemble et laissées pendantes entre les cuisses.

Lavage minutieux du trajet, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, et application d'un pansement de Lister sur la paroi abdominale. La malade une fois réveillée accuse une grande faiblesse. Elle est reportée dans son lit après un certain temps de repos sur la table même d'opération.

Journée calme. Vers le soir, la moitié gauche de l'abdomen au-dessous de l'ombilic est simplement endolorie.

Les suites de l'opération sont des plus satisfaisantes. Le trajet est lavé tous les jours jusqu'à la sortie de la malade au moyen d'injections d'eau phéniquée tiède poussées à travers le drain trois fois par jour. La plaie est largement saupoudrée d'iodoforme à chaque pansement. La suppuration s'établit régulièrement et augmente au bout de quelques jours pour atteindre son maximum le 21 juillet. Le pus ressort surtout par la plaie abdominale C'est à peine si, au moment du lavage il s'en échappe une petite quantité par le vagin. La tumeur, de plus en plus molle, diminue graduellement de volume.

Dès le lendemain de l'opération, la malade se déclare mieux et réclame à manger. (Bouillon, lait, vin vieux, décoction de quinquina). Le 26 juin, je suis obligé de céder à ses instances et de lui accorder deux pruneaux en sus. J'apprends le lendemain qu'elle a mangé en cachette sans en être incommodée. Un œuf à la coque lui est accordé. Le 28 juin, elle crie littéralement famine et une côtelette d'agneau est ajoutée à son régime. L'appétit continue à

augmenter ainsi, soutenu et impérieux, le sommeil reparaît, les forces reviennent, et nous voyons peu à peu la malade, qui n'a plus un seul vomissement et digère parfaitement tout ce qu'elle prend, se nourrir avec énergie et recouvrer peu à peu un faciès coloré et un caractère enjoué. Au moment de sa sortie, cinq semaines après l'opération, elle commençait d'acquérir un certain degré d'embonpoint relatif.

L'endolorissement du ventre diminue dès le lendemain de l'opération sous l'influence de cataplasmes émollients. La température reste normale jusqu'au 29 juin, jour où elle s'élève à 28°,5 pour atteindre 39°,6 le lendemain, 39°,3 le 1er juillet, et revenir dès lors et définitivement à la normale. Cette élévation coïncide avec une dernière poussée de péritonite très légère qui cède rapidement à quelques onctions avec l'onguent napolitain et à quelques cataplasmes. Une seule fois, le 12 juillet, la température descend jusqu'à 36°.

En même temps, la plaie du sacrum se cicatrise avec rapidité. Il faut même réprimer avec le nitrate d'argent quelques bourgeons charnus exubérants. Une des deux ligatures de l'épigastrique, la supérieure, tombe le 2 juillet ; la seconde se détache le 9.

Le 31 juillet, la malade a si bien repris ses forces qu'elle exige absolument sa sortie, malgré les assurances qu'on lui donne que le drain pourra être retiré dans une huitaine de jours. Elle rentre chez elle, enlève elle-même le drain au bout de quelques jours et reprend ses occupations habituelles.

Environ deux mois après, elle vient me trouver pour me demander un certificat de convalescence destiné à lui faire obtenir un secours pour aller passer quelque temps dans son village. Il m'est absolument impossible de la reconnaître jusqu'à ce qu'elle m'ait dit son nom, tellement elle a repris d'embonpoint, de fraîcheur de teint et de liberté dans ses mouvements. Je suis véritablement stupéfait de voir ce qu'est devenu cette sorte de squelette que j'avais vu pendant si longtemps se consumer sur son lit de douleur. Je profite de l'occasion pour l'examiner. Il ne reste plus de trace appréciable de l'abcès pelvien ; aucune douleur du côté de l'utérus ni du ligament large. A part la menstruation, qui ne s'est pas encore montrée, elle se porte aussi bien que jamais et n'a plus rien ressenti, depuis l'opération, du côté du petit bassin.

Aujourd'hui même (22 janvier 1887), je viens de revoir ma

malade qui est venue me consulter pour un de ses enfants. Elle offre l'aspect de la santé la plus parfaite, son embonpoint est encore plus frappant, elle porte sur ses bras sans aucune gène son enfant âgé de 2 ans 1/2, et elle m'apprend que ses règles sont revenues sans aucune difficulté le 10 décembre, et qu'elles se sont reproduites de même le 10 janvier. Particularité remarquable ; elle a perdu à ces deux époques beaucoup plus abondamment qu'autrefois, et l'écoulement de sang, qui ne durait chez elle que 4 jours, a continué ces deux dernières fois pendant 8 jours entiers.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *février* 1887.

En raison de la mort de M. Gallard, qui était élu président pour l'année 1887, la Société lève la séance en signe de deuil.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er *février* 1887

M. Lancereaux. — **Phlébite puerpérale avec propagation du processus phlegmasique aux artères.** — C'est l'histoire d'une femme âgée de 22 ans, accouchée pour la 3e fois, le 20 novembre 1886. Elle entre à l'hôpital le 2 décembre. On constate alors une phlegmatia de la jambe gauche. L'utérus est volumineux, les urines abondantes et non albumineuses. Puis, l'on voit se développer de l'œdème de la grande lèvre et de la paroi abdominale. De plus, les urines deviennent rares et albumineuses, ce qui fait soupçonner une phlegmasie de la veine rénale. Le 6 janvier, on perçoit à l'auscultation un souffle limité à la base gauche, indiquant la présence d'un foyer pneumonique qui s'est formé vraisemblablement à l'occasion d'une embolie. Le 12 janvier, douleurs dans les extrémités inférieures, refroidissement, apparition de taches violacées au niveau de ces parties, disparition des battements des artères fémorales, début de gangrène. Mort. A l'autopsie, on cons-

tate : des coagulums dans les veines utéro-ovariennes, rénales, cave, hypogastriques, fémorales, et point capital, dans les *artères* rénales, aorte, iliaques et fémorales. La propagation du processus phlegmasique du système veineux au système artériel a dû se faire par l'intermédiaire du système capillaire du rein ou par le simple contact des veines enflammées avec les artères satellites. Il existait en outre une embolie dans le poumon gauche, point de départ du foyer pneumonique reconnu pendant la vie.

Ces lésions seraient suivant M. Lancereaux 'la conséquence du passage dans le courant sanguin d'un agent infectieux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 *février* 1887

M. Pozzi présente une malade chez laquelle il a pratiqué l'*opération d'Alexander* pour une rétroversion de l'utérus qui provoquait des troubles sérieux. Ayant, par le raccourcissement des ligaments ronds, placé la matrice en antéversion, il a cherché à assurer la réduction par l'application d'un support intra-utérin. La réduction se maintient parfaite depuis quatre mois.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 2 *février* 1887.

Gibbons. — **Galactorrhée unilatérale.** — Une femme âgée de 23 ans, qui avait cessé d'allaiter pendant 6 semaines, se plaignit d'un écoulement continuel de lait qui se faisait par le sein gauche. Après son 1er accouchement, elle avait allaité des deux seins, mais en raison d'un affaiblissement considérable, elle dut renoncer à nourrir. Elle eut à la suite un abcès de chaque mamelle. Après son deuxième accouchement, elle nourrit d'abord aussi des deux seins; puis la lactation ne se fit plus dans le droit et pendant 4 mois elle continua à donner le sein gauche. Enfin, l'allaitement fut complètement supprimé parce que le lait paraissait ne pas convenir à l'enfant. La menstruation n'avait pas reparu, on n'avait pas de raisons de penser à une nouvelle grossesse, et il n'existait aucune affection génitale. C'est dans ces circonstances que la galactorrhée s'établit; lait de bonne apparence, dont il était sécrété en 24 heures

600 grammes environ. On eut recours, sans succès, à des médicaments nombreux, arsenic, fer, strychnine, iodure de potassium, belladone, bromure de potassium, quinine, opium, compression, repos, faradisme, galvanisme, diète sèche, etc.... Or, la menstruation ayant reparu 11 mois après l'accouchement, immédiatement il se produisit une amélioration très manifeste, qui, dès l'éruption menstruelle suivante, se transforma en une guérison complète, cessation absolue de l'écoulement du lait.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

(Britísh. med. Journ., février 1887.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE GYNÉCOLOGIE DE GLASGOW

17 *novembre* 1886.

Présentations : Sloan. **Une poire en caoutchouc élastique pour faire des fomentations utéro-vaginales.** — L'appareil est muni d'un tube afférent et efférent. Sloan s'en est servi dans un cas. L'appareil restait en place 1/2 heure chaque séance, et l'on faisait passer un courant d'eau chaude, à 46°. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants.

A. Wallace. Un **œuf abortif** que les anciens accoucheurs auraient probablement désigné sous le nom de môle. Il provient d'une femme qui eut ses dernières règles en juin 1886. Aux mois de juillet et août, elle eut par le vagin un léger écoulement brunâtre. L'écoulement se reproduisit dans le courant du mois d'octobre. Au commencement du mois de novembre, avortement. L'écoulement brunâtre semble indiquer qu'il a été consécutif à une « apoplexie de l'œuf ». Pas d'antécédents syphilitiques. La femme avait eu déjà cinq enfants vivants.

Black. **De l'éclampsie puerpérale.** — Le travail s'appuie sur 39 observations. Le chiffre de la mortalité a été 1/3, soit 12 morts sur 39 cas. Contrairement à ce que l'on observe habituellement, 7 seulement des femmes dont il s'agit étaient primipares. Le diagnostic différentiel avec l'hystérie se fait surtout par la conservation de l'intelligence, dans l'intervalle des accès, dans cette dernière maladie. Suit l'exposé des théories diverses émises sur la pathogénie de l'éclampsie, intoxication par le carbonate d'ammoniaque (Frerich); élévation de la tension artérielle, hypertrophie du ventricule gau-

che, hyperhémie cérébrale transitoire, exsudation, et anémie consécutive du cerveau (Rosenstein) ; anémie (Kussmaul et Jenner) ; spasme artériel (Macdonald). L'auteur pense que l'éréthisme du système nerveux chez la femme pendant la grossesse, et la dépression psychique constituent des conditions favorables à l'apparition des convulsions. Sous le rapport du traitement, il pense que contre les accidents congestifs et urémiques la saignée a pu être utile, mais il n'a pas d'expérience personnelle à ce sujet. Quand il constate des manifestations urémiques, il purge fréquemment. Dans un cas, il a employé la pilocarpine, la malade est morte. Si l'on remarque la prédominance des phénomènes vaso-moteurs, on peut recourir au nitrite d'amyle et à la nitro-glycérine. Le moyen qui lui paraît le plus efficace, c'est l'emploi continu du chloroforme. Quant au mode de conduite à suivre lorsque le travail est déclaré, il tient pour extrêmement important de terminer l'accouchement aussitôt que possible, en prenant toutefois les précautions convenables. De 7 femmes chez lesquelles il a hâté la dilatation du col au moyen des ballons de Barnes, 6 ont guéri. Après la délivrance il faut ne pas donner d'ergot mais administrer du chloral.

Discussion. — Sauf la mention de l'emploi de l'acide benzoïque, comme traitement prophylactique des convulsions éclamptiques, on y retrouve à peu près ce qui a été dit sur l'éclampsie dans une des séances de la Société obst. et gynécologique de Paris. Il est cependant curieux de remarquer que personne n'a fait allusion au traitement prophylactique par la diète lactée absolue. Car l'influence incontestable, merveilleuse parfois de cette diète dans la maladie de Bright, devait au moins, en raison de la coïncidence, sinon constante du moins très fréquente, de l'albuminurie et de l'éclampsie, conduire à l'application de ce traitement. En France, du reste, si cette méthode de traitement est loin d'être considérée par tout le monde comme une véritable panacée, elle n'en a pas moins des partisans autorisés et convaincus, « nous n'avons pas encore vu de femme enceinte, soumise à ce régime *depuis une semaine*, devenir éclamptique) ». (Traité des accouch. Tarnier et Budin, T. II, p. 143). Edinburgh, med. Journ., janvier 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 12 novembre 1886.

Présentations : ORTHMANN. — a) **Myo-sarcome intrapariétal de l'utérus,** enlevé après laparotomie, au moyen de l'amputation supra-vaginale. Poids de la pièce pathologique, 3,550 gram. Convalescence parfaite, sauf deux élévations thermiques ayant coïncidé, la première avec l'administration d'un lavement, la seconde avec l'enlèvement d'un tube à drainage.

b) **Carcinome primitif et papillaire de la trompe droite et abcès de l'ovaire.** — Les principaux symptômes observés pendant la vie, furent des ménorrhagies et l'augmentation du volume du ventre. Il s'agissait d'une femme de 46 ans, mariée depuis trois ans et n'ayant jamais eu d'enfants. A l'examen on constata : à droite de l'utérus et très étroitement accolée à cet organe, une tumeur du volume d'une tête d'enfant, à surface égale, et de consistance assez dure; à gauche de la matrice et un peu en arrière une seconde tumeur plus petite et de consistance molle. La laparotomie faite, on vit que la première tumeur était constituée par la trompe, très épaissie, très sinueuse et s'abouchant dans l'ovaire qui présentait deux cavités contenant du pus, l'une d'elle étant plus grosse que le poing. Quant à la tumeur située à gauche, elle était le résultat d'une *hydropisie enkystée du péritoine* qui fut drainée par le vagin.

A la surface interne de la trompe, plus développés, plus nombreux vers son extrémité abdominale, au point d'obturer presque complètement la lumière de l'organe, on aperçoit des prolongements papillaires. Ces prolongements sont formés d'un stroma conjonctif qui limite de nombreux globes épithéliaux. Il ressort de l'examen microscopique qu'il s'agit d'un carcinome développé primitivement dans la muqueuse tubaire.

LANGNER. *a*) **Œuf abortif** âgé de 7 semaines environ. — Il a été expulsé en entier, sauf la caduque. La rétention de celle-ci ayant amené des hémorrhagies, la femme à laquelle se rapporte l'observation, entra à la policlinique où Martin lui fit subir le raclage de l'utérus. L'œuf a environ le volume d'un œuf de poule; il est revêtu sur la plus grande portion de sa surface de villosités choriales;

à travers le chorion lœve on peut apercevoir l'embryon long à peu près de trois centimètres.

b) **Une tumeur du sein gauche.** — Deux points intéressants dans cette observation. Le volume de la tumeur (longueur 28 cent. largeur 22 cent., poids 3,500 grammes), la lenteur de son évolution. Elle provient d'une femme âgée de 49 ans, qui, dès sa 18e année, avait constaté un petit nodule dans le sein gauche. Longtemps ce nodule conserva les mêmes dimensions ; ce n'est que dans ces dernières années qu'il prit un développement rapide. D'après l'examen microscopique, il s'agit d'un *squirrhe mammaire.*

VEIT. Un certain nombre de **sections faites après congélation, sur un bassin de femme.** — Il s'est proposé d'établir ainsi certaines modifications apportées dans les dimensions du bassin osseux par les parties molles.

BENICKE. a) **Deux ovaires provenant d'une castration,** dirigée contre des hémorrhagies et des accidents dysménorrhéiques graves. — L'observation se rapporte à une femme âgée de 25 ans, mariée à 17 ans et mère de 3 enfants. Depuis son 1er accouchement, elle fut sujette à des ménorrhagies profuses. Après qu'elle eut subi plusieurs curages de l'utérus, on lui fit, il y a 3 ans, l'amputation de la portion vaginale. Enfin, l'année dernière on pratiqua une cautérisation énergique au fer rouge. Depuis, les douleurs qu'elle éprouvait constamment aux époques menstruelles furent augmentées, mais les pertes de sang ne furent en aucune façon diminuées. Résultats de l'examen au mois de septembre : Personne amaigrie, décolorée ; vagin large, portion vaginale remplacée par un tissu cicatriciel. Utérus normal, mobile. Impossibilité de faire pénétrer une sonde dans la matrice. Même durant le sommeil chloroformique, il fut impossible d'introduire un cathéter, si fin qu'il fût. A la menstruation suivante, commencement d'octobre, hémorrhagie considérable et douleurs dysménorrhéiques internes. Alors encore on ne parvint pas à glisser une soude à travers l'orifice par lequel on voyait le sang s'échapper. *Castration*, le 20 octobre. Ovaire droit normal, *le gauche double de volume* à peu près. La convalescence fut troublée par des vomissements répétés Le 3e jour, la température tomba à 35°, peu à peu elle remonta à 37°. T. maxima. 37,8. Le 5e et le 6e jour, écoulement sangin modéré par le vagin. Le 16e jour, la femme quitta le lit. Au commencement de novembre, l'éruption menstruelle attendue ne se produisit pas.

b) **Un morceau d'épiploon réséqué après laparotomie.** — Femme âgée de 48 ans, deux accouchements et neuf fausses couches. Depuis un an, elle a remarqué que son ventre devenait dur, elle a ressenti des douleurs abdominales et s'est affaiblie de jour en jour. Le premier examen pratiqué en mai, révéla un degré accusé d'ascite. En arrière de la portion vaginale, induration douloureuse. Pas d'œdème. Urine normale. Bruits du cœur purs. Pas de cause apparente de l'ascite. Les 9 juin, 3 juillet, et 8 septembre, ponctions qui donnèrent chaque fois 8-9 litres d'un liquide jaune clair. Reproduction rapide du liquide. Pour fixer le diagnostic, et dans l'espoir qu'on avait affaire à une tuberculose péritonéale, susceptible d'être enrayée comme l'enseigne la clinique, par la laparotomie, cette opération est pratiquée le 13 octobre. La péritoine est normale, mais l'épiploon présente des noyaux durs et des productions polypoïdes. Les néoformations ont envahi le mésentère et l'espace de Douglas. Pulvérisation d'iodoforme, et fermeture du ventre, car il est impossible de songer à l'extirpation complète de ces néo-formations. Convalescence parfaite. La femme quitte le lit le quinzième jour. Jusqu'à présent les résultats de l'intervention restent bons. Le ventre est souple, le liquide ne s'est pas reproduit, l'état des forces est satisfaisant.

WINTER. a). **Utérus atteint de gangrène puerpérale.** — La pièce provient d'une femme enceinte de 5 mois, qui mourut de péritonite infectieuse généralisée, consécutive à des tentatives d'avortement criminel. La paroi antérieure de l'utérus est saine ; au contraire la paroi postérieure, au-dessus des orifices tubaires, est épaissie, mollasse, sphacélée et perforée dans toute son épaisseur. L'examen de coupes histologiques révéla de plus l'existence d'agrégats formés par des micro-organismes.

b) **Utérus sectionné après congélation**, ayant appartenu à une femme morte durant un avortement survenu à 4 mois. — L'observation se rapporte à une primipare, qui entra à la clinique avec des accidents de péritonite généralisée et qui éveilla les soupçons de tentatives d'un avortement criminel. Les symptômes péritonéaux existaient déjà depuis quatre semaines. Quelques jours après l'entrée de la malade l'état général étant mauvais, le travail de l'avortement commença et la mort survint au cours du travail. *Autopsie*: péritonite généralisée et suppurée, ayant eu son point de départ *non dans la zone génitale mais dans une perforation de*

l'appendice vermiculaire iléo-cœcal. Il y avait, dans le petit bassin, à proximité de la perforation, un gros abcès. On en voyait en outre, un certain nombre, beaucoup plus petits, entre les anses intestinales. L'examen microscopique révéla dans le pus une quantité de micro-organismes, de morphologie variée, mais qui, par la culture ne donnèrent cependant qu'un type unique, un bacille court et fin. Cette contradiction apparente s'explique par ce fait que la plupart des micro-organismes qui habitent l'intestin sont anaérobies et pour cette raison ne se développent pas dans les milieux de culture habituels. La pièce pathologique est intéressante en cela surtout qu'elle laisse voir, au-dessous de l'anneau de Bandl, un segment inférieur parfaitement net, et très développé si l'on tient compte de l'âge de la grossesse (4 mois). La paroi antérieure mesure en effet 5 centim., la postérieure 9 centim. 5. L'embryon était dans le vagin, le placenta dans le segment inférieur, tandis qu'une portion des membranes adhéraient encore à l'utérus.

VEIT. « **De l'avortement criminel**) (1) (Centr. für Gynak., n° 50, 1896).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séance du 29 *octobre* 1886.

POLONSKI. **Un cas d'intoxication aiguë par l'iodoforme.** — Les accidents sont survenus à la suite de l'introduction dans l'utérus de crayons d'iodoforme. On avait au préalable abrasé en totalité la muqueuse utérine pour combattre une endométrite chronique. L'intérêt de ce fait, c'est que la quantité d'iodoforme introduite était très petite, 0,75 cent. ; circonstance qui porte l'auteur de la communication à admettre chez la femme dont il s'agit une idiosyncrasie toute spéciale à l'action de l'iodoforme. Les symptômes de l'intoxication apparurent trois heures après l'opération : Nausées, vomissements, irrégularité du pouls qui était petit, misérable, par moment presque introuvable, respiration convulsive, céphalalgie, tintements d'oreille, photophobie, excitation générale. On constata la présence de l'iodoforme dans l'urine. Le deuxième jour, désordres psychiques, délire continu, pouls à 120, convulsions cloni-

(1) Ce travail doit être publié prochainement.

ques dans la nuque, la face, les doigts, les orteils, refroidissement des extrémités, mydriase, prurit cutané, ischurie, ictère. Rien de particulier du côté de la sphère génitale. Le 4e jour, atténuation de tous les symptômes, diminution de l'iodoforme dans l'urine, retour progressif à la santé.

Discussion : Schlesinger, Smolski.

J. Lazarewitsch. **De la rétention des membranes dans l'utérus.** — La rétention de l'amnios, plus rare que celle de la caduque et du chorion, comporte plus de dangers. Plus résistant en effet, l'amnios se fronce et constitue un milieu favorable au développement des micro-organismes, tandis que caduque et chorion tombent plus vite en déliquium et sont plus facilement entraînés avec les lochies. Les circonstances favorables à la rétention de la caduque et du chorion sont les suivantes : 1) développement excessif des villosités choriales ; 2) hémorrhagies dans l'épaisseur de la caduque ; 3) adhérences consécutives à une endométrite. Celles qui amènent la rétention de l'amnios sont : 1) adhérences, fait rare, de l'amnios avec le chorion et la caduque ; 2) rupture prématurée des membranes et écoulement prématuré du liquide amniotique ; 3) insertions basses du placenta et placenta prœvia ; 4) opération dans l'utérus ; 5) existence d'une antéversion après la sortie du fœtus ; 6) diminution de la résistance de la membrane amniotique. Quant il y a rétention des membranes, l'intervention doit se borner à des injections antiseptiques.

Discussion : Ott, Basewitsch. (Cent. für Gynak., no 3, 1887.)

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 21 décembre 1886.

Wylie. **Abcès pelvien. Kyste fibreux de l'utérus, laparotomie exploratrice.** — La malade entre à l'hôpital de Bellevue, se plaignant de douleur dans le bas-ventre, et de fièvre. L'examen révéla en arrière et à droite de l'utérus, l'existence d'une tumeur, qui fut ponctionnée ; il en sortit deux onces d'un pus inodore. La laparotomie permit de constater l'existence d'une tumeur fibro-cystique, issue de la corne droite, et repoussant l'utérus à gauche.

L'existence de l'abcès pelvien détourna Wylie de faire l'hystérectomie, seule opération possible dans ce cas.

JANVRIN ne croit pas que la présence d'un pus inodore puisse être une contre-indication à l'hystérectomie.

MUNDÉ, Président, doute que la laparotomie fût nécessaire puisqu'on peut guérir les abcès pelviens par le drainage.

Stomatite gangréneuse, compliquant une pneumonie catarrhale, par MURRAY. Le malade est un enfant de neuf mois.

COE a fait l'autopsie d'un cas semblable.

MORRILL parle d'une épidémie dans laquelle Mc Guire a sauvé tous les malades, par l'application du sous-nitrale de bismuth. Il croit que la cause du mal était une mauvaise alimentation.

PARTRIDGE raconte que le traitement de Mc Guire employé par B. Livingston a donné de mauvais résultats.

COE. **Gangrène des lèvres de la vulve, compliquée de fièvre typhoïde.** — La malade, âgée de 14 ans avait été violée dans la rue. Quelques jours après, elle se plaignit d'une douleur aux parties génitales et fut prise d'une fièvre. A l'examen, COE trouva une déchirure de la lèvre droite. La malade, après avoir été mieux, succomba à une rechute amenée par un écart de régime, après avoir présenté des symptômes méningés.

MUNDÉ. **Grossesse dans une corne d'un utérus double, avortements successifs.** — Le diagnostic a été fait sur le vivant, pendant des tentatives d'extraction du placenta.

MC LEAN et WYLIE citent des cas analogues. A une question de PARTRIDGE, MUNDÉ répond que l'on connait des cas de gestation dans un utérus double, allant à terme. Sans doute, cette anomalie constitue un danger pour l'utérus, ou risque d'empêcher la grossesse d'arriver au terme normal.

Les adhérences pelviennes anciennes peuvent-elles être vaincues par une pression continue dans le vagin? (1)

MORRILL raconte un cas dans lequel un utérus rétroversé et fixé depuis plus de 20 ans, par de fortes adhérences, fut replacé par l'application quotidienne, pendant 2 ans et demi, de tampons dans le vagin.

(1) Suite de la discussion commencée dans la séance précédente (V. *Annales de Gyn.*, 1887, t. I, p. 151).

Pour JANVRIN, l'application de la *colonne* de tampons vaginaux n'a pas grand effet, dans les cas d'adhérences.

HANKS croit avoir réussi dans quelques cas à rendre possible le placement d'un pessaire.

FOSTER, ne voit pas comment on peut, sans déchirer les adhérences, replacer un utérus ainsi fixé.

MUNDÉ, a nettement senti la traction exercée sur le rectum, lorsqu'il réduisait, au moyen de la sonde, un utérus fixé.

HUNTER, affirme que les adhérences ne peuvent pas être allongées comme les rubans de caoutchouc.

WYLIE, en se servant de tampons médicamenteux, ne se propose guère d'allonger les adhérences, il cherche à élever l'utérus.

MUNDÉ ne croit guère à l'allongement, mais le relèvement de l'utérus fait du bien aux malades.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 9 décembre 1886.

GOODELL présente un **fibrome du ligament large droit.** — L'ovaire gauche est aussi malade, il creva pendant l'examen; la malade se remit. Puis un **kyste ovarique interligamenteux**. Il parle d'un autre cas où l'opérée succomba.

JOHN M. TAYLOR a accouché la malade de Goodell, et, l'ayant examinée six semaines après, n'a rien trouvé de particulier. Quand la tumeur a-t-elle paru?

H. A. KELLY présente un **kyste paraovarien**, pesant 37 livres. — L'opérée au bout de deux semaines, s'asseoit déjà sur sa chaise à bascule.

Enlèvement des ovaires et des trompes, pour la subinvolution et la métrite chronique.

KETTY l'a faite une fois, et a réussi à amener l'involution. Les ovaires renferment un grand nombre de follicules gros comme des pois.

CH. M. WILSON doute qu'on ait le droit d'exposer une malade aux risques de l'oophorectomie, pour la guérir d'une métrite.

Rapport sur trente et un cas de gastrotomie par ST.-SUTTON (lu par Joseph PRICE).

La liste des cas n'est sans doute pas complète, car l'auteur n'en cite que 28, dont 21 guéris et 7 morts.

Il n'emploie jamais le *spray*, et lave ses instrument avec de l'acide phénique à 2 1/2 0/0, il tient beaucoup à la plus scrupuleuse propreté.

Il croit qu'on peut sauver les 90 0/0 des ovariotomies en opérant dans les 18 premiers mois, quand elles n'ont pas été ponctionnées.

Discussion. H. H. KELLY, COFFEE, PRICE.

J. PRICE. — **Myome, hystérectomie.** L'opérée a succombé, 31 heures après l'opération ; le péritoine renfermait un demi-litre de sérum sanguinolent.

KELLY croit le drainage nécessaire. Il préfère la ligature élastique au clamp de Kœberlé.

M. PRICE. — **Pyosalpinx d'origine blennorrhagique.** Il croit que le pyosalpinx vient presque toujours d'une blennorrhée.

LONGAKER. — **Laparotomie dans le pyo-salpinx.** La fièvre est guérie.

Discussion : M. PRICE. J. PRICE.

Palpation de l'uretère chez la femme, par H. A. KELLY (1).

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 19 *novembre* 1886.

N. W. JAGGARD. **Inversion datant de 20 mois réduite par la dilatation du vagin.** — L'auteur prenant dans sa main l'utérus renversé écarta les doigts, mais sans succès; après plusieurs essais, il chercha à repousser l'un des angles de l'utérus. Enfin, il appliqua le colpeurynter, et le laissa pendant neuf jours, en le retirant pour le désinfecter tous les jours. Au bout de 17 jours, les règles paraissent abondantes. Une nouvelle application du ballon, faite pendant 15 jours, amena la réduction. L'auteur entre dans des considérations anatomiques sur l'inversion.

P. ADOLPHUS, est partisan d'une compression continue mais douce, comme celle qu'exerce le ballon hydrostatique.

---

(1) Annexée pour des prochains n°s de l'*Am. J. of obst.* : « *avec des diagrammes* ». Sera résumé, s'il y a lieu, pour nos lecteurs (A. C.).

Discussion : H. T. Byford, W. H. Byford, E. W. Sanger, H. P. Newman, M. W. Earle, président. — Aucun des membres présents ne parle de la méthode de Tale, de Cincinnati, qui semble bien rationnelle.

L'index droit est introduit dans le rectum, et le gauche dans la vessie jusqu'à la *couronne* formée par le commencement de la portion renversée; les deux pouces, introduits dans le vagin pressent sur le fond de l'utérus. Tait a réussi au bout d'une demi-heure dans un cas datant de 40 ans (1).

(Résumé d'après *l'Am. journ. of obst.*, 1887, p. 165 à 210, par A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère à propos de l'hystérectomie vaginale, Dr Ricard. Au cours de l'hystérectomie, l'uretère peut être sectionné, lié et pris dans des pinces hémostatiques. La gravité de ces diverses éventualités indique qu'il est nécessaire de connaître très exactement les rapports de ce canal avec l'utérus, le vagin, et les vaisseaux de la région. Les rapports les plus importants sont ceux qu'il affecte avec l'artère utérine et les branches artérielles émanées de ce vaisseau.

L'artère utérine présente dans son trajet 3 portions : a) primitive, *dirigée en bas et en dehors* ; b) intermédiaire, *transversale ;* c) terminale, *ascendante.*

La 1re portion est en rapport avec l'uretère qui, située en arrière la croise obliquement. Mais à ce niveau, les deux organes sont loin du bistouri, le danger est minime.

Il n'en est plus de même au niveau de la 2e portion, qui est aussi en rapport avec l'uretère. Si, en effet, coupant dans la paroi vaginale, le bistouri s'écarte seulement de 1 à 2 cent. de l'insertion du vagin sur l'utérus, il rencontre fatalement le vaisseau urinaire.

En outre, de cette deuxième portion du vaisseau artériel naissent un certain nombre de rameaux flexueux, divergents en bas qui se

(1) V. Mundé. *Mina Surgical gynecology*. 1885, p. 343 (A. C.).

distribuent vers le bas-fond de la vessie et dans la cloison vésico-vaginale, artères vésico-vaginales, pourrait-on les nommer, dont la connaissance explique des hémorrhagies abondantes qui se sont produites au cours de plusieurs opérations. Or, l'uretère s'engage au milieu de ces vaisseaux avant de s'aboucher dans la vessie ; de cette disposition anatomique naît le principal danger.

M. Ricard conclut de la façon suivante.

Pour enlever l'utérus par le vagin il est nécessaire :

1° Ou de ne pas s'éloigner de l'insertion du vagin sur le col, non seulement dans le cul-de-sac latéral, mais encore et surtout à l'union de la portion antérieure et de la portion latérale, du cul-de-sac vaginal, et cela d'autant plus que l'utérus est abaissé.

2° Ou si le chirurgien préfère extirper une certaine quantité de tissu vaginal, il ne peut le faire inpunément que par une *dissection minutieuse* de la paroi du vagin et en la suivant directement jusqu'à son insertion utérine.

Vouloir enlever avec le vagin une portion de tissus sus-jacents, c'est presque à coup sûr atteindre l'uretère.

Il faudrait regarder comme une contre-indication formelle de l'hystérectomie totale le moindre envahissement néoplasique des culs-de-sac du vagin, cet envahissement récessitant l'ablation large des tissus voisins.

Dans ce cas, comme dans le cas d'envahissement des ligaments larges, si minime soit-il, le chirurgien n'a devant lui que cette alternative, ou de laisser l'opération inachevée ou de blesser l'uretère.

3° La blessure de l'uretère est moins à craindre pendant l'hémostase du ligament large que pendant l'incision et l'hémostase du cul-de-sac antéro-latéral. Là est le véritable danger. (Sem. médicale, n° 5, 1887).

De la statistique de l'extirpation totale de l'utérus pour dégénérescence cancéreuse de l'organe, A. Martin. — On éprouve de très grandes difficultés à dresser des statistiques destinées à montrer ce qu'il faut penser de la guérison radicale des cancers de l'utérus. Cependant, il est temps qu'on se préoccupe aujourd'hui non seulement des résultats opératoires, mais aussi des résultats définitifs. C'est pour répondre à ce besoin que Martin a essayé de rassembler tous les cas d'hystérectomie vaginale, et grâce à des recherches

patientes, on est parvenu à se procurer des renseignements complémentaires sur toutes les opérées, sauf 6. D'ailleurs tous les cas ne peuvent pas servir à fixer le point en litige Il faut tout d'abord éliminer ceux dans lesquels si, à la vérité, on a enlevé l'utérus, on n'a pas cependant supprimé tous les tissus qui, à l'examen macroscopique, présentaient des traces de l'invasion cancéreuse. Egalement, ceux dans lesquels on put considérer la mort comme étant la conséquence directe de l'action opératoire, doivent être mis hors de cause.

Du 15 juin 1880 au 15 janvier 1887, l'hystérectomie vaginale, a été pratiquée 134 fois.

Sur ces 134 hystérectomies, il y a eu, pour affection carcinomateuse, extirpation totale, complète, 66 fois ; extirpation incomplète, 28 fois.

Pour les 66 cas d'opération totale complète, la mortalité opératoire a été 18 0/0.

Causes de la mort :

Septicémie	5	fois.
Collapsus et anémie	4	»
Embolie	1	»
Cachexie générale, compliquée de bronchite chronique	1	»

Reste donc 55 cas dans lesquels les malades ont survécu aux suites opératoires ; de ce nombre 44, ceux opérés avant la fin de l'année 1885, peuvent servir de documents dans la question de la guérison radicale. Ils sont répartis de la façon suivante :

Cancer de la portion	3	guéris	2	récidive	1
» du col	28	»	17	»	11
» du corps	13	»	12	»	1

Soit, 13 récidives = 29,7 0/0.
» 31 guérisons = 70,3 0/0.

Ce qui frappe le plus, c'est l'excellence des résultats quand il s'agit de cancer du corps de la matrice. Le fait trouve son explication en cela sans doute que la néoplasie dans ce cas se cantonne davantage, grâce à son indépendance vis-à-vis du système lymphatique, l'agent ordinaire de la généralisation.

Dans un 3e tableau, Martin a réuni les cas dans lesquels l'extirpation complète du tissu dégénéré était impossible à priori. Ces cas, comme il l'a déjà fait remarquer, ne sauraient en aucune ma-

nière être utilisés dans la décision de la question de la guérison radicale. D'ailleurs, en terminant, il reconnait qu'elle ne saurait être résolue qu'à l'aide de nombreux faits soumis de plus à une observation prolongée (Berlin. Klin. Wochenschr., 1887, nº 5).

Soixante cas d'extirpation totale de l'utérus cancéreux, Fritsch (Breslau). — Le moment est venu de rechercher ce que l'on peut espérer obtenir de définitif au prix de l'extirpation totale. L'opération n'est légitime que si elle a des chances de procurer un résultat durable. Il ne s'agit pas en effet d'une question de dextérité opératoire, mais d'une question d'humanité. Le principe doit être : *n'opérer que si la récidive est invraisemblable.*

Bien que correspondant à un grand nombre de faits, la division établie par C. Ruge en cancers du corps, du col, et de la portion n'est pas rigoureusement exacte. Il arrive, en effet, que des carcinomes de la portion se développent au-dessous de la muqueuse, s'étendent de plus en plus et gagnent le corps sans respecter aucun des deux orifices.

D'ailleurs, l'affection cancéreuse débute au point où deux sortes d'épithélium se fusionnent. Or, la ligne de réunion est fort irrégulière ; d'où il suit que le point de départ de la néoplasie peut siéger à des hauteurs différentes.

Certes, les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels les nodules cancéreux situés au-dessous de la couche superficielle ont une tendance à se développer par en bas. Mais chez beaucoup de femmes il eut été matériellement impossible de décider s'il s'agissait d'un carcinome du col ou de la portion vaginale.

Peut-on mettre en opposition l'amputation supra-vaginale et l'extirpation totale ?

Ce seul cas (Binswanger) dans lequel on constata d'une façon irrécusable l'existence simultanée d'un carcinome du col et du fond de l'utérus, suffirait à lui seul à trancher la question. D'ailleurs, il est notoire qu'un cancer du col peut se généraliser par en haut, et comme l'éventualité est encore possible avec un cancer de la portion vaignale, *la conclusion invariable de l'auteur est que, même lorsqu'il s'agit de cette dernière variété, il faut pratiquer l'extirpation totale.*

Il n'y a d'exception à faire que pour les cas extrêmement rares où

l'affection, étant constatée à temps, il n'existe encore que de petits nodules, tout à fait isolés ; conditions très heureuses, exceptionnelles malheureusement.

Dans quels cas faut-il opérer ?

a) Lorsqu'on est sûr de pouvoir tailler dans des tissus sains ;

b) Quand l'utérus est mobile, circonstance importante ; c) quand l'abaissement de la matrice est possible.

S'il y a concours de ces trois conditions, l'opération est en général aisée.

Faut-il entreprendre des opérations préliminaires ?

Ainsi que l'ont indiqué Recklinghausen et Koster la généralisation cancéreuse se fait surtout par les voies lymphatiques. Dans la pratique, cette opinion est confirmée par l'invasion des ganglions axillaires concurremment avec les cancers mammaires. Tailler, avant l'extirpation définitive, dans le tissu cancéreux, le racler, voilà bien des circonstances propres à favoriser la migration dans le courant lymphatique des corpuscules cancéreux et à augmenter les chances d'une récidive. *Le mieux, quand on est résolu à pratiquer l'extirpation totale, est donc de ne la faire précéder d'aucune opération préliminaire.*

Suivent une série de détails sur les soins préliminaires et sur la technique opératoire propre à l'auteur, dont le point principal consiste à isoler dès le début, latéralement, la matrice du Parametrium. Le principal avantage du décollement latéral est d'assurer rapidement la mobilité de la matrice. Il permet également de se rendre compte tout de suite si l'extirpation totale est possible. Constate-t-on dans le Parametrium des noyaux carcinomateux, on suspend l'opération. Les délabrements effectués sont encore de peu d'importance. Un simple pansement avec de la gaze iodoformée suffit pour le traitement de l'incision ; 4 à 5 jours après, la femme est en état de quitter la clinique.

Faut-il enlever les trompes et les ovaires, après avoir extirpé l'utérus ?

On doit à ce sujet, s'inspirer des conditions spéciales à ce cas. D'une manière générale, chez les femmes âgées il est, pour ainsi dire, indifférent que les ovaires soient ou ne soient pas laissés en place. Il est préférable de les enlever chez les femmes jeunes. En tous cas, leur ablation peut présenter de grandes difficultés, parfois même, rester impossible.

L'auteur entre ensuite dans le détail des soins consécutifs. Il étudie également quelques circonstances de nature à augmenter les difficultés de l'opération (hypertrophie de l'utérus, existence de tumeurs myomateuses), et signale les accidents qui peuvent surgir au cours de celle-ci, lésions de la vessie, de l'uretère, hémorrhagies.

Peut-on d'après la marche de la guérison, porter le pronostic ?

En général, comme sur les autres points de l'organisme, les récidives se produisent de deux façons différentes. Cela est confirmé par les résultats nécropsiques. Les récidives rapides se font constamment dans le tissu de la cicatrice. Il en est sûrement ainsi dans les cas où le bistouri n'a pu tailler en plein tissu sain. En semblables conditions, l'opération a certainement une influence très fâcheuse.

Quand les malades ne succombent que 1 1/2-2 ans après l'opération, le plus souvent le tissu cicatriciel est sain, la récidive s'est effectuée dans un point quelque peu distant.

Dans le premier cas la cicatrice est en général linéaire, dans le second au contraire elle est plutôt infundibuliforme, de sorte que *le pronostic est plus favorable avec une cicatrice unie, transversale, linéaire que lorsqu'elle est dure, inégale, infundibuliforme.*

On sait que Freund a obtenu une guérison radicale. Cet opérateur a extirpé en 1878 un utérus carcinomateux. L'opérée vit 8 années après l'opération, sans qu'il y ait encore de récidive.

L'opération est trop moderne, pour qu'on ait pu réunir un grand nombre de cas semblables. Cependant, l'auteur estime que plusieurs de ces observations sont de nature à convertir quelques sceptiques. Ces sceptiques se rencontrent surtout en France, en Angleterre et en Amérique tandis qu'en Allemagne la légitimité de l'opération est universellement reconnue.

Sur les 60 opérées auxquelles il est fait allusion, restent guéries :

J. Maschler....................	3 ans	2 mois.
M. Guss....................	3 »	1 »
A. Teuber....................	2 »	7 »
H. Hoppe....................	2 »	4 »
R. Wollnitzke....................	2 »	3 »
M. Hauff....................	2 »	1 »

F. Dorner	2 ans	»	mois.
H. Sœner	2 »	»	»
J. Bobreck	1 »	11	»
M. Bartsch	1 »	10	»
A. Bartsch	1 »	10	»
J. Schober	1 »	6	»
M. Barth	1 »	5	»
N. Kittlaus	1 »	3	»
J. Bunke	1 »	2	»
P. Knorr	» »	10	»
A. Scholz	» »	10	»
A. Fiedler	» »	10	»
V. D.	1 »	2	»

Volkmann, à propos des récidives consécutives à l'ablation des cancers du sein, résume son expérience de la façon suivante : « Quand une année entière après l'opération, un examen minutieux ne révèle ni trace de récidive locale, ni tuméfactions ganglionnaires, ni symptômes liés à une maladie interne, on est en droit d'espérer un résultat durable. Aprés deux années il est habituel, *après trois années il est, presque sans exceptions, assuré* ».

Si cette formule est applicable aux opérées citées plus haut, il y aurait donc 2 guérisons certaines, 7 vraisemblables, tandis que chez les autres la récidive peut faire défaut. En tout état de cause on peut dès maintenant soutenir l'opinion et démontrer le fait, *qu'après l'extirpation totale de l'utérus cancéreux les récidives sont plus rares que lorsqu'il s'agit de n'importe quelle autre variété de carcinome.* Ce qu'il importe avant tout de retenir et de vulgariser c'est que l'opération doit être faite de bonne heure. Il faut autant que possible bannir de la pratique ces traitements palliatifs qui n'ont généralement d'autre résultat que de laisser le mal faire de rapides progrès au point de rendre trop souvent le cas inopérable.

Nous devons espérer que la certitude de la possibilité de la guérison du cancer de la matrice va se répandre dans le public, et que les femmes se soumettront plus tôt à l'examen du médecin. Qu'enfin celui-ci, convaincu par les faits publiés de tous côtés, proposera à temps à sa cliente de se faire opérer ou pratiquera

lui-même, sans délai, l'opération (Arch. für Gynak. Heft III. Bd 29, p. 359 et suiv., 1887).

Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies répétées, tamponnement, version podalique, prof. Charles (Maternité de Liège). — Marguerite H... est âgée de 36 ans. Menstruée à 15 ans, elle a été toujours bien réglée. Elle a déjà eu deux enfants qui sont venus à terme et vivants. Accouchements normaux. La grossesse actuelle date de 8 mois environ. Elle a été très pénible (vomissements bilieux et alimentaires, vers le 5e mois, douleurs vives dans le bas-ventre et dans les reins...) Il y a 15 jours environ, hémorrhagie abondante qui se reproduit à 3 reprises différentes. A la dernière, un médecin est appelé, qui fait un tamponnement *non antiseptique* et conseille le transport de la femme à la Maternité. A son arrivée, elle est pâle, anémique, affaissée, froide, presque sans pouls. On cherche avant tout à la réchauffer et à la ranimer par des frictions excitantes, des boissons stimulantes, et des injections sous-cutanées de cognac. On enlève ensuite le tampon pour éviter les accidents assez fréquents, quand le tamponnement a été fait sans les précautions antiseptiques nécessaires. D'ailleurs en cas de nouvelles hémorrhagies, un tampon aseptique est préparé à l'avance. Mais il n'y a pas de perte de sang. Après une injection avec une solution de sublimé à 1/2 p. 1000, on constate l'état suivant. Col mou, dilatable, avec une ouverture de 5 à 6 cent. Une poche d'eau fait saillie dans le vagin, du côté droit. Un lobe du placenta est décollé et flottant dans le canal. De plus le palper indique une présentation transversale, tête à gauche, dos en avant. On rompt la poche des eaux et on fait la version qui s'opère facilement. Extraction d'un enfant mort pesant 1,900 grammes. Dix minutes après délivrance naturelle. Injection intra-utérine à 1/4 p. 1000 de sublimé. Ergot de seigle à l'intérieur. Boissons stimulantes (grog au rhum, vin). Suites de couches normales. La femme sort sur sa demande, quelques jours après l'accouchement. Sauf un certain degré de faiblesse bien naturel après les hémorrhagies antérieures, elle est dans un état très satisfaisant.

A propos de la conduite à suivre dans les cas analogues, le professeur Charles dit que le plus souvent, il se conforme à la formule que P. Dubois avait donnée pour l'éclampsie « *évacuer l'utérus dès*

qu'on le peut sans violence ». Quant aux suites de couches, voici les réflexions qu'elles lui suggèrent: « Nous pourrions dire que chez toutes nos femmes, depuis l'emploi du sublimé, les suites de couches sont d'une désespérante uniformité : accouchement facile ou difficile, rapide ou lent, naturel ou artificiel, le résultat est toujours le même et les anomalies sont d'une rareté extrême, même quand la femme se trouvait dans de mauvaises conditions et aurait eu jadis toutes les chances d'être atteinte de septicémie puerpérale, d'accidents plus ou moins graves, nous constatons des suites de couches tout à fait heureuses ; la femme boit, mange, n'a pas la moindre fièvre et sort 9 ou 10 jours plus tard en aussi bon état qu'on peut le désirer. »

Dr R. Labusquière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Etude sur le mécanismc de l'accouchement. — Etude clinique expérimentale, par le Dr Inverardi. — Le Dr Inverardi dans un ouvrage considérable (1), tant par la valeur et le nombre des recherches expérimentales que par leur rigoureuse exactitude, se trouve amené, en étudiant le mouvement de rotation dans les présentations du sommet, à figurer et à tracer par un procédé spécial la forme et les dimensions de la cavité pelvienne.

Ayant entrepris nous-même dans notre thèse inaugurale, faite sous la bienveillante inspiration de notre maître le Dr Pinard, de retracer d'une façon graphique la forme de l'excavation pelvienne, l'ouvrage du Dr Inverardi nous intéressait tout spécialement ; nous espérons que les recherches de l'auteur, recherches qui confirment pleinement notre manière de voir, intéresseront également ceux qui nous liront.

Dans la première partie, l'auteur étudie la forme de la cavité pelvienne : 1° à l'état de repos, le plan périnéal n'étant pas distendu, ni abaissé par la partie fœtale ; 2° à l'état dynamique, c'est-à-dire pendant les modifications que cette cavité subit dans la période d'expulsion, par la distension du plan périnéal.

---

(1) **Studi sul meccanismo del parto.**

Le procédé suivi par Inverardi consiste à couler du plâtre liquide dans la cavité pelvienne vide de ses viscères, le vagin et le rectum étant réséqués au-dessous de l'aponévrose pelvienne ; depuis longtemps déjà, notre maître Pinard a employé cette méthode ainsi qu'on peut le voir dans notre thèse, où nous rapportons deux moules ainsi obtenus ; seulement Inverardi obtient deux épreuves en plâtre, une qu'il appelle négative, qui est pleine, et une positive, creuse, qui est la copie fidèle de l'excavation pelvienne.

Pour étudier les modifications des parties molles du bassin durant le travail, Inverardi procède de la même façon, mais introduit, dans le bassin d'une femme morte, une tête de fœtus à terme, séparée du tronc, traversée suivant son diamètre bi-pariétal par un fil de fer solide, qui sert de moyen de tractions opérées en vue d'obtenir le degré de distension périnéale désirée.

Pendant les tractions, il coule dans le bassin, tout autour de la tête, du plâtre liquide, dont le moule après solidification est retiré, en détruisant le bassin; l'auteur devant tenir compte de la portion de segment céphalique non recouvert de plâtre fait un moule spécial extérieur pour la distension des organes génitaux; cette plaque de plâtre reportée, ajustée au premier moule, complète, reconstitue l'ensemble de l'excavation avec la distension des parties molles.

Pour avoir une épreuve positive du moule ainsi obtenu, l'auteur verse du plâtre liquide au dedans de l'épreuve négative.

Inverardi reconnaissant que la tête fœtale séparée du tronc, et saisie par le diamètre bi-pariétal se réduisait beaucoup par les tractions, et l'issue de la matière cérébrale, substitue une tête en plâtre obtenue par le moulage d'une tête de fœtus à terme; il obtient ainsi des tracés du périnée au repos, et du périnée en mouvement, figurant plusieurs degrés de distension.

L'auteur arrive par ce procédé à figurer la forme de l'excavation pelvienne à l'état statique et à l'état dynamique; ces tracés diffèrent de ceux décrits généralement par les auteurs, et sont conformes à ceux que nous obtenions nous-même par un autre procédé ; du reste pour bien faire voir la concordance des recherches faites chacun de notre côté, et par des procédés différents, l'auteur rapporte à côté de ses tracés les cinquante tracés pelvigraphiques que nous avons figurés dans notre thèse.

On sait que la généralité des auteurs admet avec Carus, Dubois,

Naegele, Santorp que l'axe pelvien est figuré par une ligne courbe, si bien que le fœtus descend dans le bassin et en sort en parcourant un canal courbe.

Au contraire pour Fabbri, Hubert, Tarnier, Pinard, Inverardi et nous-même, le bassin, considéré avec l'ensemble de ses parties molles, revêt l'aspect d'une cavité grossièrement cylindrique, ouverte à sa partie supérieure, fermée en bas, ouverte à la partie inférieure de la paroi antérieure.

Pour la plupart l'axe de l'excavation est une ligne centrale s'abaissant perpendiculairement du milieu du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, pour tomber dans le fond du pelvis et aboutir sur le coccyx, à peu de distance de son extrémité.

La sortie du bassin se trouve dans la partie inférieure de la paroi pelvienne antérieure, c'est-à-dire, qu'elle se trouve en avant de la ligne inter-ischiatique; ce fond distendu par la partie fœtale augmente l'espace sous-pubien par où sort le fœtus.

Le bassin ainsi envisagé a une forme à peu près cylindrique; les deux parois antérieure et postérieure sont presque parallèles, seulement légèrement divergentes de haut en bas dans le sens antéro-postérieur, et convergentes dans le sens transversal.

Les diamètres de l'excavation grandissent au fur et à mesure qu'on descend, par suite de la souplesse, du peu de résistance de l'espace sous-pubien, de la portion ante-ischiatique du plan périnéal.

Le fond du bassin, qu'il ne faut pas confondre avec le détroit inférieur, est formé de deux plans triangulaires réunis suivant un angle obtus au niveau de la ligne inter-ischiatique.

La perpendiculaire abaissée du détroit supérieur ou *ligne axile*, passe dans plus d'un tiers des cas en *avant du coccyx;* dans quelques cas cette ligne peut être considérée comme *l'axe de l'excavation.*

En résumé *l'axe du détroit supérieur* ne coïncide que fort rarement avec *l'axe de l'excavation ;* il tombe 1 fois sur la pointe du coccyx, 82 fois en arrière, 21 fois en avant ; au contraire *l'axe de l'excavation* passe le plus souvent en arrière du coccyx, mais pas à plus de 5 millim. (La ligne axile de l'excavation est celle qui, réunissant le milieu de deux plans parallèles passant par les bords supérieur et inférieur de la symphyse, se tient à égale distance des points des parois du bassin directement opposées, lorsqu'on vient à la prolonger jusqu'à la rencontre du fond pelvien.)

Continuant son étude, Inverardi divise l'excavation en deux parties, une supérieure presque entièrement osseuse et peu élastique, l'autre inférieure osseuse seulement dans ses parties latérales, et à la partie inférieure de la face antérieure du sacrum, partout ailleurs molle et très élastique ; de sorte que l'axe pelvien de cette portion, élastique surtout en avant, et dans son fond, allonge, et un corps qui la traverse doit subir des modifications pour sortir ; la ligne axile de l'excavation doit donc subir les vicissitudes dues aux déplacements des parties molles.

L'axe de l'excavation tombe 4 fois sur la pointe du coccyx.
» » « 32 fois en arrière.
» » « 18 fois en avant.

L'axe normal est celui qui se termine sur la pointe du coccyx ou 5 millim. en arrière.

L'axe anormal est celui qui se termine en avant ou en arrière de plus de 5 millim.

Terminaisons normales	28 0/0
» en arrière	38 0/0
» en avant	33 0/0

Donc l'axe de l'excavation oscille tantôt en avant, tantôt en arrière de la région indiquée par Fabbri (pointe du coccyx) ; il oscille plus fréquemment en arrière qu'en avant, dans la proportion de 12 à 8 ; il faut, par suite, élargir en tous sens les dimensions de la région dans les limites de laquelle peut tomber l'axe pelvien ; cette région sera plus étendue en arrière qu'en avant ; dans les cas où l'oscillation en arrière du coccyx ou plutôt de la région limitée par Inverardi est supérieure à 11 millim., le sacrum présente une concavité plus considérable, si bien que l'axe pelvien doit tomber plus en arrière.

L'axe pelvien et celui du détroit supérieur s'éloignent d'autant plus en bas, que l'axe du détroit supérieur se rapproche plus de la verticale, ou, en d'autres termes, que le plan du détroit supérieur est moins incliné.

Quant à la direction du fond du bassin, elle est très rarement parallèle à celle du détroit supérieur ; dans 7/10 des cas, le plan du fond pelvien au repos est incliné de haut en bas et d'avant en arrière sur le plan horizontal du détroit supérieur.

Après avoir étudié, figuré le bassin à l'état de repos, Inverardi

l'étudie à l'état de mouvement; la partie fœtale pressant sur le plan périnéal, le bassin se distend en tout sens, et prend la forme d'un canal sur lequel glisse le corps du fœtus, pour venir à la lumière; ce canal pour la plupart des auteurs est un canal courbe dont l'axe est représenté par une ligne régulièrement courbe composée à la fois de l'axe pelvien et de l'axe vagino-vulvaire.

Pour Fabbri, Inverardi (et ce sont les conclusions que nous avons tirées nous-même dans notre thèse, d'accord avec les idées professées par Tarnier et Pinard) le fœtus progresse jusqu'au fond du bassin suivant une ligne rectiligne qui est l'axe de l'excavation, puis il *change de direction*, le fond du bassin déprimé et distendu se changeant en un canal ou le fœtus glisse ; la direction que le fœtus suit à ce moment est quasi-perpendiculaire à la primitive et peut se traduire par une ligne qui, partant du milieu de l'espace sous-pubien pénètre dans le bassin, et coupe à angle droit l'axe de celui-ci ; cette ligne prolongée rencontre le sacrum à l'union de la 3e avec la 4e vertèbre.

D'après cette manière de voir, le passage de l'axe pelvien de la direction rectiligne qu'il a dans le bassin à l'état de repos, à la direction curviligne qu'il prend dans le bassin à l'état de mouvement ne se fait pas graduellement, mais brusquement, et en suivant une ligne presque perpendiculaire à la première.

Dans un grand nombre de tracés, Inverardi représente le moule de la cavité pelvienne plus ou moins modifiée dans ses parties molles par la tête fœtale qui progresse au moment de l'accouchement ; on y voit qu'il se développe un *nouveau canal, une nouvelle cavité surajoutée au canal osseux ;* ce canal formé de parties molles s'insère à *angle pour ainsi dire droit* sur la partie inférieure et antérieure du bassin osseux ; il communique avec la cavité osseuse du bassin par le détroit inférieur sur le contour duquel il vient s'insérer ; extérieurement il s'ouvre au niveau des organes génitaux externes ; Inverardi décrit ensuite en détail la forme, la disposition de cette nouvelle cavité constituée par quatre parois ; ne pouvant de notre côté nous étendre plus longuement, nous allons rapporter maintenant les principales conclusions que l'auteur a cru pouvoir tirer de ses recherches, et des tracés graphiques annexés à la fin de l'ouvrage :

I. Au point de vue obstétrical, la cavité pelvienne est étudiée en deux états différents, état de repos, état de mouvement.

II. A l'état de repos, la cavité pelvienne ne doit pas être considérée comme un canal, mais comme une cavité grossièrement cylindrique communiquent largement en haut avec la cavité abdominale, fermée en bas, et ouverte dans la partie inférieure de la paroi antérieure.

III. Ces parois pelviennes antérieure et postérieure, dans les 7/10 des cas, vont plus ou moins en divergeant de haut en bas; dans 2/10 elles sont presque parallèles ; dans 1/10 légèrement convergentes.

IV. *L'axe du détroit supérieur prolongé dans l'excavation* se tient rarement (22 0/0) à égale distance des parois pelviennes.

V. Dans les autres cas (18 0/0) on observe que cet axe se rapproche trop de l'une ou l'autre des parois pelviennes au point de ne *pouvoir être considéré en aucune façon comme axe de l'excavation.*

VI. En faisant passer dans le bassin un plan parallèle à celui du détroit supérieur partant du bord inférieur de la symphyse pubienne pour rencontrer la face antérieure du sacrum, on divise la cavité pelvienne en deux parties, l'une supérieure entièrement osseuse, l'autre inférieure en partie osseuse, en partie molle et élastique.

VII. Une ligne droite réunissant les points médians des deux plans susdits et prolongée jusqu'à la rencontre du fond pelvien; représente avec la plus grande exactitude et la plus grande constance l'axe de l'excavation,

VIII. L'axe pelvien ainsi mené ne coïncide qu'une fois sur 54 avec celui du détroit supérieur prolongé dans l'excavation ; il dévie 29 fois en avant de ce dernier, 24 fois en arrière.

IX. La cavité pelvienne distendue, comme elle l'est au moment de l'accouchement, peut être considérée comme formée par la cavité pelvienne à l'état de repos mais dans laquelle le fond se serait abaissé et allongé, et les parties molles de l'arc sous-pubien se seraient ouvertes et allongées de beaucoup,

X. Les parties molles comprises dans le fond du bassin, comme l'a décrit Fabbri, et celles de l'espace sous-pubien allongées et distendues forment comme un *canal de nouvelle formation* qui se trouverait annexé à la partie inférieure de la paroi antérieure et se continuerait avec le fond pelvien notablement abaissé et dilaté.

XI. Ce nouveau canal forme avec l'axe de l'excavation un angle légèrement obtus ouvert en haut et en avant, et il est dirigé dans

la partie postérieure de haut en bas et d'arrière en avant, et dans la partie antérieure d'arrière en avant et de bas en haut.

XII. Cette dernière portion serait constituée pour la plus grande partie par le canal vulvaire dilaté et allongé dans toute sa région; il forme un prolongement en avant et en haut qui fait une saillie variable, dépassant toujours le plan vertical de la symphyse.

XIII. En vertu de cela, l'ouverture vulvaire dans sa partie supérieure ne confinerait pas à la partie inférieure de la symphyse comme cela est décrit communément, elle en serait au contraire quelque peu éloignée, et la symphyse ferait un angle ouvert en haut et en avant non avec l'ouverture vulvaire, mais avec la *paroi supérieure du nouveau canal.*

XIV. On doit donner au fond du bassin des dimensions plus étendues que celles assignées par Fabbri, c'est-à-dire qu'il aura pour limite postérieure le point du sacrum où cet os s'incurve en bas et en avant, pour limite antérieure la ligne inter-ischiatique et pour limites latérales le bord interne des tubérosités de l'ischion.

Drs Al. Boissard et Baylin.

VARIÉTÉS

Paris, le 15 février 1887.

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Je vous prie de bien vouloir insérer la note ci-contre dans le prochain numéro de votre journal.

Agréez, au nom du Bureau du Congrès, nos sincères remerciements, ainsi que l'expression de mes sentiments très distingués.

Le Secrétaire général,

S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La troisième session du congrès Français de Chirurgie se tiendra à Paris au mois d'avril 1888 (un avis ultérieur indiquera la date précise), sous la présidence de M. le professeur **Verneuil.**

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès.

I

De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (Exploration, extraction, opérations diverses).

II

De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison radicale.

III

Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (Opérations de Liétevant et d'Estlander. Indications, contre-indications, et résultats définitifs).

IV

De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes et de la prophylaxie.

EXTRAITS DES STATUTS

I. — Le Congrès Français de Chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux et étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie.

III. — Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et payent la cotisation.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT

I. — Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

III. — Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au Secrétaire général, trois mois avant l'ouverture du Congrès. Il doivent joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

NOTA. — Adresser toutes les communications et cotisations à M. le docteur Pozzi. 10, place Vendôme, à Paris.

Le gérant: A. LEBLOND.

LEMALE ET Cie, IMPRIMEURS AU HAVRE.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1887

GALLARD

C'est avec un bien vif serrement de cœur que nous avons annoncé, il y a un mois, la mort de notre maître bien aimé le Dr Gallard, médecin de l'Hôtel-Dieu et fondateur des Annales de gynécologie.

Cette mort survenue inopinément, après quelques jours de maladie nous frappe dans nos plus chères affections. Elle sera vivement ressentie par nos lecteurs qui s'étaient habitués à trouver dans les articles du maître une netteté de vues et un talent d'exposition qui avaient fait de Gallard un praticien des plus occupés et des plus considérés.

Nous diviserons l'étude que nous allons entreprendre en deux parties, la première sera consacrée à passer en revue, l'œuvre générale du médecin de l'Hôtel-Dieu, la seconde comprendra plus particulièrement le résumé des travaux qu'il a consacrés à la gynécologie, qui fut son étude de prédilection.

Gallard (Théophile) est né à Guéret, le 10 février 1828.

Il fit de bonnes études universitaires, d'abord au collège de Guéret puis à celui de Tulle.

Reçu bachelier en 1844, il vint aussitôt à Paris, et poursuivit ses études en vue du concours de l'Ecole polytechnique. Il fut reçu bachelier ès sciences en 1846. Une maladie grave survenue à cette époque, l'obligea à retourner dans sa famille, d'où il repartit quelque temps plus tard, avec l'idée bien arrêtée de suivre la carrière médicale.

Devenu externe des hôpitaux, il eut l'occasion de se distinguer pendant l'épidémie cholérique qui survint à Paris en 1849 ; aussi, reçut-il une médaille d'or et obtint-il sur la demande du maire du IXe arrondissement la remise de tous ses droits universitaires.

Nommé interne des hôpitaux en 1850, il eut successivement pour maîtres, Falret, Jobert de Lamballe, Valleix, Huguier.

En 1854, il reçoit, à la suite d'un concours brillant, la médaille d'or des hôpitaux. Cette distinction lui permet de passer deux nouvelles années dans les hôpitaux et d'y suivre les services de Béhier et de Valleix, dont il avait déjà été l'interne.

Docteur en médecine le 21 janvier 1855, il est nommé médecin des hôpitaux, le premier de sa promotion, au mois d'avril 1859. Après divers remplacements dans les hôpitaux en qualité de médecin du bureau central, Gallard devint médecin de la Pitié (1865) ; puis, par suite d'une mesure administrative, il est obligé de passer à Lariboisière (1867) où il ne reste d'ailleurs que peu de temps.

Nous le voyons ensuite reprendre son service à la Pitié en 1868.

C'est dans cet hôpital que Gallard inaugura l'enseignement clinique qui lui a valu la grande notoriété dont il jouissait depuis de longues années.

Enfin, comme couronnement de sa carrière, il passe à l'Hôtel-Dieu en 1881. C'est dans cet hôpital que la mort vint le surprendre.

Nous ne ferons qu'énumérer les Sociétés auxquelles Gallard appartenait :

La Société d'observation, la Société anatomique, la Société d'émulation dont il fut le secrétaire général et à laquelle il donna une impulsion telle que la société reconnaissante, lui décerna un bronze, la Société médicale des hôpitaux, la Société médico-chirurgicale, la Société de médecine de Paris, la Société de médecine publique, et la Société de gynécologie dont il venait d'être élu président.

La part qu'il a prise aux travaux de chacune d'elles est trop grande pour qu'il nous soit possible de la faire connaître tout entière.

Enfin nous devons citer la Société de médecine légale fondée le 10 février 1868 et à laquelle Gallard consacra toute son énergie et toute son autorité. Secrétaire général de cette société depuis sa fondation, Gallard obtint du président Aubépin que la société put tenir ses séances dans l'une des chambres du palais de Justice. Ce fut pour lui une grande joie, car c'était une consécration officielle de l'existence de la Société.

Terminons l'exposé des sociétés auxquelles Gallard appartenait en citant l'Académie de médecine. Cette docte assemblée qui lui avait fermé ses portes pendant trop longtemps, l'avait enfin accueilli dans son sein.

Pendant la guerre contre l'Allemagne en 1870, le professeur Charles Robin, placé à la tête des services médicaux de l'armée, chargea Gallard d'organiser le service médical dans la région s'étendant d'Orléans à Perpignan et Tarbes, par Agen et Toulouse.

Gallard, chevalier de la Légion d'honneur depuis 1863, fut élevé au grade d'officier pour les services qu'il rendit, pendant la campagne, aux blessés de l'armée de la Loire.

Nous ne citerons qu'en passant son titre d'officier d'Académie, 1868 et d'officier de l'instruction publique (1878), ainsi que les diverses fonctions publiques qu'il eut à remplir : membre de la commission d'hygiène et de salubrité du

XIe arrondissement, membre du comité consultatif d'hygiène publique.

Vice-secrétaire de l'association générale des médecins de France en 1859, il prit une part active au développement de cette association dont il appréciait le but humanitaire et essentiellement moralisateur.

Enfin mentionnons son titre de médecin en chef du chemin de fer d'Orléans, titre qu'il acquit dès 1858, et qu'il conserva jusqu'à sa mort.

L'activité que Gallard a déployée dans toutes les fonctions que nous venons de passer en revue a été considérable. Partout, il s'est prodigué sans compter. Mais si nous devons l'admirer en même temps qu'être étonnés de son labeur sans bornes, nous sommes encore plus surpris quand nous jetons un coup d'œil sur le nombre prodigieux de travaux qu'il a publiés et qui touchent aux sujets les plus divers de la médecine.

Gallard, observateur judicieux, ne se laissait pas emporter par des théories idéales, hypothétiques, il étudiait les faits avec soin et en tirait des déductions rationnelles. La clinique ayant toujours été son guide, il acceptait avec quelque difficulté les révélations du microscope.

Encyclopédiste avant tout, Gallard était devenu spécialiste, je ne dirai pas malgré lui, mais sans jamais avoir voulu l'avouer.

« Autant je comprends, a dit Gallard, que parmi les diverses branches des sciences médicales il y ait certaines parties dont l'étude offre plus d'attrait et vers lesquelles on dirige ses investigations avec plus de complaisance, autant je repousse qu'un homme intelligent se confine dans l'étude exclusive des maladies d'un seul organe et s'y trouve tellement absorbé qu'il finisse par ignorer tout le reste.

« La spécialité ainsi comprise par ceux qui acceptent cette dénomination barbare de gynécologistes, n'est point du tout mon fait, et je ne consentirai jamais à m'y adonner d'une façon aussi exclusive. Soyons médecins d'abord et avant

tout, suivons sur chaque partie de la pratique médicale les progrès de la science, devançons-les même toutes les fois que nous pourrons, et s'il se trouve certains points à l'occasion desquels il nous est jamais permis d'espérer que nos travaux ne seront peut-être pas inutiles pour activer le mouvement en avant, n'abandonnons pas pour cela les autres, restons médecins dans la plus large acception du mot. C'est ce que je m'efforcerai de faire » (1).

Dans ces dernières années, sa réputation de spécialiste s'étant accentuée, Gallard s'était efforcé de créer dans cet Hôtel-Dieu qui devait être le couronnement de sa carrière, un enseignement gynécologique qu'il faisait devant un auditoire nombreux. Son succès fut tel que l'administration de l'assistance publique se décida à lui installer un amphithéâtre qui lui fut réservé et où il put initier les élèves à ses études de prédilection. L'amphithéâtre venait à peine d'être terminé et l'enseignement qu'il se proposait d'y poursuivre avait été inauguré depuis quelques mois, quand la mort vint le frapper. Nous espérons bien que le souvenir du maître ne sera pas oublié et que l'administration voudra bien honorer sa mémoire en donnant à l'amphithéâtre le nom de celui qui l'a illustré.

Une des idées dominantes de la vie de Gallard a été la défense des intérêts professionnels, et à ce propos, qu'il nous soit permis de citer un procès qui eut un grand retentissement et qui fut jugé il y a quelque trente ans.

Rappelons la chose en peu de mots.

Douze personnes se disant membres d'une commission centrale homœopathique demandèrent 50,000 fr. de dommages-intérêts à Gallard, Richelot et Latour pour avoir, dans un article publié le 24 octobre 1857, dans le journal l'Union médicale, porté atteinte à leur honneur et à leur considération ainsi que pour avoir nui à l'exercice de leur profession.

Pour justifier la forme et le fond de l'article publié, Gal-

(1) In préface des leçons cliniques sur les maladies des femmes, 1873.

lard rédigea un mémoire considérable, dans lequel il exposa la doctrine homœopathique, son origine, ses conséquences pratiques et les dangers qui peuvent résulter de son application.

Ce mémoire soumis aux juges leur fit connaître l'inanité des doctrines homœopathiques, et le procès se termina par un jugement où nous relevons la phrase suivante : « La qualité de celui qui se déclare partisan plus ou moins absolu des idées, soit nouvelles, soit anciennes, échappe à toute définition sûrement circonscrite, et à toute vérification admissible et concluante. Les homœopathes ne constituent pas une *généralité de personnes nettement classées et définies par la loi ou par des marques certaines* », aussi Gallard a-t-il pu dire : *L'homœopathe est un être qui n'a pas d'existence légale* (1).

Nous terminerons cette étude en faisant connaître les relations amicales qui existaient entre Gallard et la plupart de ses élèves. Toujours soutenus et encouragés par le maître, ceux-ci lui avaient voué un attachement qui fut sans bornes pour quelques-uns d'entre eux.

Bienveillant, affable, Gallard accueillait toujours avec aménité ceux qui venaient lui demander un conseil. Que de fois, en allant à l'hôpital, passer quelques heures, nous avons eu l'occasion de rencontrer quelques bons amis de province que la capitale avait attirés et qui ne voulaient pas repartir sans venir serrer la main du maître qu'ils affectionnaient.

Nous passerons maintenant en revue, les divers travaux que le médecin de l'Hôtel-Dieu a publiés, mais nous ne nous étendrons pas sur les travaux qu'il a consacrés à la pathologie, à la médecine légale, à l'hygiène, nous serions entraînés trop loin, et nous nous écarterions du but que nous nous proposons ici et qui consiste à rappeler les travaux afférents à la spécialité que nous étudions dans ce journal. Nous

(1) Union médicale, 8 juin 1865.

nous contenterons de donner le titre des principaux travaux, laissant de côté ceux qui ont une importance moindre.

Hygiène.

— De l'influence exercée par les chemins de fer sur l'hygiène publique. *Mémoire lu à l'Académie des sciences.* 1862.

— Etude sur les hôpitaux. *Union médicale*, 1863.

— Conditions dans lesquelles se produit la fièvre intermittente. *Union médicale*, 1857.

— Fabrication du verre mousseline, son influence sur la santé des ouvriers. Rapport présenté à la commission d'hygiène du XI[e] arrondissement en 1864.

— De la fièvre jaune envisagée au point de vue de la police sanitaire. *Bulletin de la société médicale d'émulation.* Nouvelle série. T. I. fasc. 2.

— La pustule maligne peut-elle se développer spontanément dans l'espèce humaine ? *Mémoire lu à l'Académie de médecine.*

— Notions d'hygiène à l'usage des instituteurs primaires. *Chez Hachette*, 1868.

— La gymnastique et les exercices corporels dans les lycées. *Mémoire lu à l'Académie de médecine, août* 1878.

— L'enseignement de l'hygiène et l'exercice militaire dans les lycées. *Union médicale*, 7 mars 1874.

— Aération, ventilation et chauffage des salles de malades dans les hôpitaux. *Mémoire lu à l'Académie de médecine*, 7 mars 1865.

— Chauffage. *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* T. VII, 1867.

— Applications hygiéniques des différents procédés de chauffage et de ventilation. *Mémoire lu à l'Académie de médecine* le 23 juin 1868.

— Le chauffage et la distribution des eaux dans les habitations particulières. *Annales d'hygiène publique*, juillet 1871 et avril 1874.

— Des condiments au point de vue de l'hygiène. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

— Dyspepsie par défaut d'acidité du suc gastrique résultant

d'une sudation abondante habituelle. *Gazette des hôpitaux*, septembre 1868.

— Dangers résultant de la fabrication des cahiers de papier à cigarettes. *Communication à la Société médico-chirurgicale*, 14 décembre 1865.

— Intoxication par le sulfure de carbone chez les ouvriers employés à la vulcanisation du caoutchouc. *Union médicale*, février 1866.

— Des maladies causées par le mercure. *Union médicale*, avril 1867.

— Consanguinité. *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, T. IX, 1868.

— Contagion. *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques*, T. IX, 1868.

— Etude sur l'origine et la propagation des maladies charbonneuses dans l'espèce humaine. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier 1868.

— Malades et blessés de l'armée de la Loire. *Rapport au ministre de la guerre*, 10 mai 1871.

— Sur l'organisation du service de santé de l'armée. *Union médicale*, juillet 1873.

— Rapports sur le plâtrage des vins *présentés au comité consultatif d'hygiène publique de France*, 30 mai 1880 et 29 novembre 1880.

— Sur le reverdissage des conserves de légumes. *Rapports présentés au comité consultatif d'hygiène*, 21 avril 1881 et 21 août 1882.

— Sur l'avantage qu'il y aurait à distiller les vins fuchsinés au lieu de les jeter à la mer, afin d'en retirer l'alcool. *Rapport au comité d'hygiène*, 17 octobre 1881.

— Exercice de la profession de dentiste, projet de réglementation présenté au comité d'hygiène. *Recueil des travaux du comité*, 1885.

Médecine légale.

— Considération sur l'empoisonnement par la strychnine. *Mémoire lu à l'Académie de médecine*, 17 septembre et 7 octobre 1862.

— Du rôle de l'expert et des conditions de l'expertise dans les cas de transmission de la syphilis. *Union médicale*, 1864.

— Sur l'empoisonnement par le phosphore. *Union médicale*, février 1869.

— Accidents produits par des pastilles de calomel délivrées par un pharmacien sans ordonnance de médecin. *Journal de médecine et de chir. pratiques*, 1874.

— Sur les expériences physiologiques comme moyen d'expertise médico-légale pour la recherche de certains poisons. *Annales d'hygiène*, janv. 1866.

— De la prostitution et de l'extinction des malades vénériennes. *Annales d'hygiène*, 1871.

— Sur un cas d'avortement suivi de mort. *Annales d'hygiène*, 1874.

— Sur la valeur de certains signes qui peuvent permettre de reconnaître un avortement criminel. *Annales de gynécologie*, T. II, p. 245, 1874.

— De l'aphasie. *Union médicale*, 1875.

— Responsabilité des actes commis par les épileptiques. *Société de médecine légale*, 10 mai 1875.

— Des dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre afin de protéger efficacement la société contre les actes violents des aliénés reconnus dangereux. *Bullet. de la Société de méd. légale*, T. IV et V. 1876 et 1877.

— De l'avortement au point de vue médico-légal. *Annales de gynécologie*, 1877.

— Crémation des morts. *Société de médecine légale*, 1876.

— Les opérations interdites aux officiers de santé, absence de sanction pénale. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1878.

— Atténuation de la responsabilité civile résultant d'une blessure légère ayant entraîné la mort, parce que l'individu qui l'a reçue était antérieurement affecté d'un état constitutionnel grave. *Bulletin de la Société de méd. légale*. T. IV, 1876.

— Considérations médico-légales sur la simulation. *Mémoire lu à l'Académie de médecine* le 17 février 1886.

— Les ecchymoses ponctuées sous-pleurales et sous-péricardiques n'ont aucune signification spéciale en médecine légale. *Communication au Congrès de Médecine légale*, 12 août 1878.

— Conditions légales exigées pour l'administration des anesthésiques. *Congrès de médecine légale*, 14 août 1878.

Pathologie et clinique.

— Sur l'opération de la thoracentèse. *Bullet. de la Société méd. des hôpitaux*, 1864.
— Des déviations utérines. *Compte rendu des leçons cliniques faites par Valleix à l'hôpital de la Pitié.* Chez Labé, 1852.
— Troubles digestifs dus à l'alcoolisme. *Union médicale*, 1869.
— De la dysenterie chronique et traitement de la dysenterie aiguë et de la dysenterie chronique. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1874.
— Hépatite et abcès du foie. *Union médicale*, 1871.
— Dilatation des bronches. *Journal de méd. et de chir. pratiques*, janvier 1874.
— Emploi de la digitale à haute dose dans le traitement de la pneumonie. *Bulletin de thérapeut.* 30 mars 1866.
— Des bruits pleuraux perçus à l'auscultation. *Progrès méd.*, 1875.
— La chlorose et la phthisie pulmonaire, efficacité des préparations ferrugineuses. *Union médicale*, 1874.
— Des phlegmons périnéphrétiques. *Gazette des hôpit.*, 1867.
— Considérations sur la fièvre typhoïde. *Union médicale*, décembre 1872.
— Taches et éruptions de la fièvre typhoïde. *Gazette des hôpitaux*, 1865.
— Traitement des kystes et des abcès du foie. *Journal de thérapeutique de Gubler*, 1876.
— Du traitement de l'ulcère simple de l'estomac. *Bulletin de thérap.*, 15 janvier 1877.
— Clinique médicale de la Pitié, 1 vol. in-18, Paris. 1877.

Il nous reste, après avoir ainsi énuméré les travaux que Gallard a consacrés aux diverses branches de la médecine à faire connaître ceux qui relèvent tout particulièrement de la gynécologie qui fut son étude de prédilection.

Gallard débuta dans la carrière médicale par une thèse

inaugurale intitulée : De l'inflammation du tissu cellulaire qui environne la matrice ou phlegmon péri-utérin (Paris, 1855).

L'auteur a vulgarisé cette idée que la matrice était entourée de tissu cellulaire susceptible de s'enflammer et de donner lieu à un phlegmon comme dans toutes les autres parties du corps. Des observations cliniques suivies d'autopsies ont démontré la réalité de cette phlegmasie, qu'il convient de distinguer nettement de la pelvi-péritonite décrite par d'autres auteurs.

Bientôt nous voyons Gallard prendre plàce parmi les adversaires de la fièvre puerpérale.

Dans un mémoire intitulé : *Quest-ce que la fièvre puerpérale* (1), l'auteur n'admettant pas l'existence d'une entité morbide à laquelle il conviendrait d'appliquer cette dénomination : fièvre puerpérale, démontra que sous ce nom on a décrit une foule d'états pathologiques des plus divers.

Cette opinion nous semble bonne à rappeler, aujourd'hui surtout que l'essentialité de la fièvre puerpérale n'est plus soutenue que par de rares adeptes.

Disons un mot d'un mémoire intitulé : *Sur l'opération césarienne après la mort des femmes enceintes* (2). L'opinion défendue dans ce travail nous semblant devoir encore être accueillie favorablement aujourd'hui. « Le médecin doit opérer s'il croit l'enfant vivant et contrairement à ce qui se passe dans toutes les autres opérations, il peut opérer sans prendre l'avis de la famille, contrairement même à cet avis, lequel peut ne pas être toujours parfaitement désintéressé. On sait, en effet, quels changements peut apporter dans la distribution de bien des fortunes l'arrivée d'un enfant vivant et viable, et il importe que se dégageant de toutes ces passions basses et sordides qui s'agitent trop souvent entre un cercueil et un berceau, le médecin ait la force et le droit

---

(1) Labé, éditeur, 1857.

(2) Union médicale, fév. 1860.

d'agir au nom de l'intérêt humanitaire qui prime tous les autres ».

Nous signalerons en passant des travaux de moindre importance :

Emploi de la teinture d'iode dans le traitement des ulcérations du col de l'utérus (Bull. de thérap., 1865); *De la métrite simple parenchymateuse aiguë* (Union médicale, 1866). *Des inflammations de l'utérus chez les filles vierges* (Mouvement médical, 1866.). *Sur le traitement du cancer de l'utérus et sur l'emploi des caustiques injectés dans l'épaisseur des tumeurs cancéreuses* (Gaz. des hôpit. 1867). Rétention du placenta simulant un polype utérin trois mois après un avortement (Gaz. des hôp., 1867).

Puis vient une série de leçons *sur l'ovarite*, publiées dans la Gazette des hôpitaux en 1869. Dans ces leçons, l'auteur étudie à fond la question des inflammations aiguës de l'ovaire et de leurs diverses formes tant anatomiques que cliniques.

Dans un discours prononcé à la Société médicale des hôpitaux en 1870 : *sur les mesures à prendre pour diminuer la mortalité chez les femmes en couches*, Gallard préconisa l'accouchement chez les sages-femmes et la dissémination des femmes dans des locaux isolés.

Cette demande que l'auteur formulait il y a dix-sept ans, a fini par prévaloir et nous savons que depuis l'adoption de ces mesures la mortalité des femmes en couches a diminué dans des proportions considérables.

Dans un article publié en 1874, dans les Annales de gynécologie, et ayant pour titre *les maladies puerpérales et les causes de la mortalité des femmes en couches*, l'auteur s'est proposé, comme dans les précédents, de déterminer la nature des maladies auxquelles succombent les nouvelles accouchées et de préciser les conditions hygiéniques qui aggravent leur mortalité. Il constate l'étendue du terrain perdu par

la doctrine de l'essentialité de la fièvre puerpérale et montre les progrès faits par la doctrine contraire, celle qui attribue la plus grande part des accidents à l'infection purulente suite de phlébite utérine ou à l'infection putride.

Une communication faite à la Société de médecine, de Paris, en 1872, nous signale *les inconvénients des voyages immédiatement après le mariage*, inconvénients qui résultent d'avortements fréquents qui passent souvent inaperçus, et qui sont le point de départ de maladies inflammatoires.

Un article intitulé : *Du cathétérisme utérin* et publié dans la Gazette des hôpitaux en 1873, nous indique les règles à suivre pour procéder à l'exploration de la cavité utérine, les précautions à prendre pour éviter les inconvénients et les dangers qui pourraient résulter de ces explorations si elles étaient pratiquées sans soins et sans méthode. Il insiste sur l'utilité du cathétérisme pour le diagnostic et pour le traitement d'un certain nombre d'affections du système génital utérin, et nous indique les circonstances dans lesquelles il est absolument essentiel de s'en abstenir.

Les travaux que nous venons de signaler, et que l'auteur a publiés dans ses recueils divers, n'étaient que le prélude des travaux plus importants.

En 1873, nous voyons paraître un volume de 792 pages, in-8°, avec 94 figures, intitulé : *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, ouvrage dont le succès fut affirmé par une seconde édition publiée en 1879.

Nous n'avons pas à étudier ce livre que tous nos lecteurs connaissent, et dont ils ont pu apprécier la valeur.

Les progrès de la gynécologie s'accentuent de jour en jour et l'étude de cette spécialité tendant à se généraliser, Gallard eut la pensée qu'il convenait de fonder un recueil spécial où seraient centralisés les travaux qui s'éparpillaient dans les divers journaux de médecine.

Gallard me fit part de son idée et me proposa de fonder ce recueil, mais ne me sentant pas l'autorité nécessaire, pour mener à bien l'entreprise, je proposai au maître de s'y asso-

cier et de m'aider de ses conseils. La fondation des Annales de gynécologie fut donc décidée (1874).

Comme ni Gallard, ni moi, n'avions des connaissances suffisantes dans l'art des accouchements, nous pensâmes qu'il convenait de faire appel à un homme expérimenté dans cette partie de la science gynécologique. C'est alors que nous fîmes des ouvertures à l'éminent professeur d'accouchements de la faculté, le professeur Pajot, dont le concours nous fut bien vite acquis, et dont l'immense popularité est venue accentuer le succès de l'œuvre que nous avions conçue.

Les Annales de gynécologie fondées en janvier 1874, ont suivi, malgré la création de journaux semblables, une marche toujours progressive, et nous sommes heureux de constater aujourd'hui que leur existence est définitivement assurée.

C'est dans ce journal que Gallard va publier désormais la plupart de ses travaux.

Un mémoire intitulé *phlegmasies péri-utérines* (Annales de gynécologie, 1874) établit que lorsque l'inflammation se développe dans le tissu cellulaire péri-utérin, elle envahit le plus souvent, en même temps, le péritoine, les ovaires, les trompes et souvent l'utérus lui-même. Lorsqu'il en est ainsi, la maladie doit être désignée par l'expression générique de phlegmasie péri-utérine, sauf à séparer dans les cas plus simples, chacun des éléments qui constituent cette phlegmasie péri-utérine et qui peuvent-être étudiés séparément.

Dans une communication faite à la Société de médecine légale en 1874, *sur la valeur de certains signes qui peuvent permettre de reconnaître un avortement criminel* (1), Gallard soutint que l'intégrité de l'œuf, dans les premiers mois de la grossesse, est le fait de l'avortement spontané tandis que la rupture des membranes doit laisser supposer que l'avortement a été provoqué.

Cette opinion que nous avons défendue après Gallard,

(1) Annales de gynécologie, t. II, 1874.

nous paraît avoir une certaine valeur. Disons toutefois que l'esprit ne doit conclure qu'après un examen attentif de la question et que la seule rupture des membranes ne peut permettre d'affirmer qu'il y a eu avortement criminel. Mais en sens inverse, l'intégrité de l'œuf peut presque laisser supposer que l'avortement s'est produit spontanément.

Signalons rapidement les travaux suivants :

Du traitement de la métrite interne (Annales de Gyn., 1876).

Des végétations de la muqueuse utérine et de leur traitement (Communication à l'association pour l'avancement des sciences, Congrès du Havre, 1877).

Inflammation de la glande vulvo-vaginale, et de son conduit (Annales de gynécol., 1878).

Du vaginisme (Annales de gyn., 1879). *De l'amputation du col de l'utérus dans le cancer de cet organe* (Union méd., 1879). *Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col de l'utérus; Amputation conoïde du col* (Journal de méd. de Paris, juillet 1881).

Prédominance de l'ovaire sur tout le système génital de la femme (Union médicale, 1881).

Sur la conception dans le cours de l'aménorrhée (Annal. de gynéc. Mars 1881).

Du cancer primitif de la muqueuse du corps de l'utérus (Journal de méd. de Paris, 1882).

L'ovulation dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation (Annales de gynéc. 1882).

L'aménorrhée et son traitement (Journal de méd., 1882).

Des polypes fibreux de l'utérus et de leur ablation (Gaz. des hôpit., mai 1883).

Sur la rupture des kystes ovariques dans le péritoine (Journ. de méd. de Paris. Mars 1883).

Tumeurs ovariennes et ovariotomie (Gaz. méd., 1883). *Exploration de la cavité utérine après dilatation de ses orifices* (Journ. de méd. de Paris, 1883).

Du traitement du cancer utérin. Avantages de l'amputation du col de la matrice par l'anse galvanique (Annales de gynécol., août 1884).

Sur la métrorrhagie (Journal de méd. et de chir. pratiques, juillet 1884).

Métrite interne chez une vierge (Gazette méd., 1885).

Progrès de la gynécologie pendant le cours du XIXe siècle (Journal de méd. de Paris, 1885).

La spécialité, comment elle doit être comprise et étudiée (Annales de gynécol., 1885).

Traitement de l'hématocèle péri-utérine (Journ. de méd. de Paris, 1885).

La maladie de Huguier. Allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col utérin (Annales de gynécologie, 1885).

Terminons en faisant connaître les deux ouvrages qui sont venus couronner la carrière du maître et dont le dernier venait à peine d'être publié quand la mort l'a surpris. Dans un volume intitulé : *Leçons cliniques sur la menstruation et ses troubles* (1), l'auteur s'applique à démontrer la prééminence de l'ovaire sur l'ensemble du système génital de la femme.

Gallard défend avec conviction la théorie de Négrier relative aux rapports existant entre l'ovulation et la menstruation, et en fait la base de tout son système d'argumentation.

Le dernier volume qu'il nous reste à signaler a pour titre : *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires.* (2).

Dans ce volume nous trouvons successivement étudiés l'hématocèle péri-utérine qui, pour l'auteur, dépendait manifestement d'une lésion ovarienne.

Dans l'immense majorité des cas, dit Gallard, l'hématocèle n'est autre chose qu'un simple trouble de l'acte même de l'ovulation, une véritable ponte extra-utérine, dont le mécanisme ne diffère en rien de celui de la grossesse extra-utérine.

Arrêtons-nous devant cette œuvre considérable et devant une vie si bien remplie qui laisse des regrets unanimes et rappelons les paroles que Mottet au nom de la Société de médecine légale a prononcées sur la tombe de notre regretté

(1) Vol. in-8, de 320 pages. J.-B. Baillière, éditeur, 1885.

(2) Vol. in-8° de 462 pages, J.-B. Baillière, édit., 1886.

maître. « La mort pour les hommes utiles, pour les hommes aux idées fécondes, n'en saurait être ni la fin, ni l'oubli. Elle donne à leur nom une auréole, elle ouvre pour eux les portes de l'avenir, et leur prépare la respectueuse gratitude de ceux qui profiteront à leur tour de tout le bien qu'ils ont fait ».

A. LEBLOND.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR UN CAS DE CONTRACTURE
CHEZ UN ENFANT.

(Par le Dr **A. Ribemont-Dessaignes**, Agrégé de la Faculté de médecine, Accoucheur de l'hôpital Beaujon.)

Les accoucheurs qui ont observé chez des enfants nés morts une certaine rigidité ont invoqué pour expliquer cet état, soit une contracture survenue dans les derniers temps de la vie intra-utérine, alors que l'enfant était encore vivant, soit la rigidité cadavérique.

On trouvera dans le British Medical Journal (1) plusieurs observations de rigidité fœtale, dues à Thompson, Grigg, Young et Parkinson. Ces auteurs, à l'exception de Thompson invoquent la rigidité cadavérique pour expliquer la raideur observée par eux.

Thompson se basant surtout sur la rapidité (1 h. 1/2) avec laquelle la rigidité était survenue après la mort dans l'observation de Grigg et dans la sienne, voit dans ce phénomène un spasme tétanique qui se produit dans les derniers instants de la vie et persiste après la mort.

(1) Mois d'octobre à décembre 1884.

Telle est aussi l'opinion de Bailly, qui a publié dans les Archives de Tocologie, 1875, une observation de rigidité fœtale.

Dans sa thèse inaugurale, M. Dagincourt (1) croit pouvoir attribuer tous les faits par lui cités, à la rigidité cadavérique, et écrit dans la deuxième conclusion de son travail : *qu'il n'est pas prouvé que le fœtus puisse être atteint de spasme cadavérique.*

Un fait observé par moi à l'hôpital prouve que ce spasme peut exister. En effet, l'enfant qui présentait une rigidité remarquable est venu au monde vivant et n'a succombé que une heure après sa naissance.

Obs. — Le 19 juin 1886, la nommée Julia M.... domestique, âgée de vingt-six ans, est apportée dans mon service, salle Ste-Paule, nº 10, hôpital Beaujon.

Cette femme qui a déjà eu un enfant à terme, est enceinte d'environ sept mois. Ses dernières règles datent en effet du 27 décembre 1885. Poussée par la misère, elle a tenté la veille de s'asphyxier. Sa grossesse n'en continue pas moins à suivre son cours. Mais vers le milieu du mois de juillet l'utérus qui jusqu'alors avait eu un volume en rapport avec l'âge du fœtus, grossit rapidement.

Il est facile de constater que la masse du liquide amniotique est maintenant exagérée. A la fin de ce mois, le fond de l'utérus arrive au niveau de l'appendice xiphoïde et l'on trouve habituellement la tête du fœtus très mobile, au fond de l'utérus.

Le 5 août, à trois heures du soir, Julia M... entre en travail. Celui-ci marche régulièrement et finit le 6 août à trois heures et demie du matin.

On a reconnu en touchant à travers les membranes que le fœtus se présentait par l'épaule droite en A.I.D.

On se prépare à faire la version. Mais au moment ou l'on va rompre la membrane on s'aperçoit que l'épaule n'occupe plus l'aire du détroit supérieur : grâce à une version spontanée l'enfant se présente maintenant par le siége. On rompt les membranes,

(1) Thèse de Paris, 1880.

il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique légèrement citrin.

Le siège s'engage et bientôt apparaît à la vulve. On aide un peu la sortie de l'enfant. L'extraction est terminée à quatre heures et demie du matin.

Délivrance naturelle dix minutes après.

L'enfant de sexe masculin est petit.

Il ne pèse que 1750 grammes. Il mesure 42 centimètres. Les dimensions de la tête sont les suivantes.

Diam. :	O. M.	11 c.
	O. F.	10
	So. O. B.	8 5
	Bi. P.	8
	B. T.	7

Il naît en état de mort apparente mais il est assez rapidement ranimé.

L'enfant présente une attitude singulière dans laquelle il est immobilisé par suite d'une contracture des plus marquées. La colonne vertébrale est rigide et l'on ne peut ni l'incliner latéralement, ni la fléchir. La tête tournée à gauche a une situation intermédiaire à la flexion et à l'extension.

Les deux bras sont collés sur les parties latérales du thorax ; l'avant-bras gauche fait un angle droit avec le bras et est dirigé en dehors. La main gauche est fortement fléchie. Tous les doigts ont la phalange dans l'extension, tandis que les phalangines et les phalangettes sont plus ou moins fléchies. L'avant-bras droit est étendu. La main droite est dans l'extension, les doigts sont fléchis dans la paume de la main.

Du côté des membres inférieurs il existe une différence d'attitude analogue.

Les deux cuisses sont fléchies sur le bassin, mais tandis que la jambe droite est également étendue sur la cuisse, de sorte que le membre inférieur tout entier est relevé et appliqué sur le plan antérieur du corps, la jambe gauche est fléchie et croise la cuisse droite. Le pied droit est dans la flexion, le gauche à demi étendu.

Il est à peine possible, en y mettant une certaine force, de faire prendre aux membres, ou aux segments de membre une attitude différente. A grand'peine, on étend un peu les articulations flé-

chies; plus malaisément encore peut-on fléchir légèrement celles qui sont dans l'extension. Sitôt abandonné à lui-même, le fœtus reprend l'attitude représentée dans la figure ci-jointe.



Les bruits du cœur de l'enfant se ralentissent, et la respiration devient irrégulière, au bout d'une demi-heure environ; et malgré tous les efforts faits pour entretenir la vie, l'enfant succombe une heure après sa naissance.

Je vois l'enfant à neuf heures du matin. Il a conservé la même attitude, et l'on éprouve toujours une grande difficulté à vaincre momentanément cette rigidité tétanique.

La rigidité est encore très appréciable quinze heures après la mort. Elle avait disparu au bout de vingt-quatre heures.

L'autopsie n'a pu être faite.

Bien que malheureusement l'examen anatomique fasse défaut, l'observation qui précède m'a paru intéressante cliniquement et digne par cela d'être publiée.

La rigidité était telle qu'on eût pu croire pendant les premiers instants que l'enfant était atteint d'ankyloses multiples.

La souplesse des articulations 24 heures après la mort prouve qu'il s'agissait bien évidemment d'une contracture véritable.

Peut être la rigidité du tronc n'a-t-elle pas été étrangère au changement de présentation qui s'est produit pendant le travail sous l'influence des contractions utérines.

Ces dernières impuissantes à fléchir latéralement la colonne vertébrale n'ont pu faire s'engager l'épaule dans le détroit supérieur. Leurs efforts ont réussi peu à peu à faire glisser le fœtus au-dessus de ce détroit jusqu'à y ramener l'extrémité pelvienne.

DE LA PERFORATION DES PETITES LÈVRES

(Par **L. Sechcyron**, interne des hôpitaux de Paris.)

Les quatre exemples de perforation des petites lèvres que nous avons recueillis ont été observés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre très cher et regretté maître M. Gallard.

Ces perforations offrent des caractères communs qui les rapprochent l'une de l'autre et facilitent leur description ; elles paraissent conformées sur le même type; et doivent d'une manière certaine être rattachées à un excès de distension vulvaire pendant l'accouchement, ou à un vice de cicatrisation d'une déchirure latérale (voir obser. IV).

Ces perforations sont situées près du bord libre des petites lèvres, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inféou un peu au-dessus.

L'orifice varie du diamètre d'une plume de corbeau à celui d'un doigt. Il est elliptique. Son grand axe est parallèle au bord libre ; lorsque les lèvres sont pendantes, la perforation se présente sous forme d'une simple fente, et si cette fente n'est pas très étendue, elle passe inaperçue souvent même de la malade.

Les bords sont simples, non indurés. Il n'existe aucune trace de travail inflammatoire ou cicatriciel; notons seulement une coloration brune moins prononcée que celle des régions voisines.

Parmi les quatre perforations observées, trois fois, elles ont existé à gauche.

Dans chacun des cas, la lésion est consécutive à un premier accouchement. Les malades sont très affirmatives sur ce point.

Le premier accouchement s'est terminé trois fois sans l'aide du médecin; dans le quatrième cas, la malade affirme s'être aperçue de la lésion après un accouchement à sept mois terminé par une application de forceps.

Ces boutonnières labiales ne sont pas très rares, sur un millier de femmes, nous avons observé les quatre cas que nous rapportons.

M. le professeur Tarnier signale, dans son excellent traité des accouchements, leur existence d'une manière expresse. « Tantôt la petite lèvre est percée d'un trou comme si elle avait subi un accroc, tantôt elle est déchirée dans toute sa hauteur et constitue un lambeau flottant » (T. I, p. 748).

Notre regretté maître, le Dr Gallard a rencontré et signalé plusieurs fois à ses élèves l'existence de ces perforations.

Pendant un séjour de deux ans dans les divers services de l'hôpital de Lourcine, notre ami et collègue Thouvenet a examiné quatre ou cinq de ces orifices; et il n'est certes pas de gynécologiste qui ne puisse se rappeler de cas analogues.

Ces perforations peuvent être rapprochées de toutes lésions par excès de distension de tissu pendant l'accouchement, déchirures ou plaies consécutives à la chute d'une eschare.

Elles doivent être rapprochées des boutonnières que l'on observe parfois sur le col, vestiges de ruptures transversales du col, et des perforations centrales du périnée.

Le rapprochement ne peut être complet, car, dans les cas précédents, la distension a déterminé la déchirure, et l'orifice créé s'accroissant sous les efforts d'impulsion de la matrice a parfois livré passage au fœtus.

Il est évident, qu'il ne saurait en être ainsi pour les perforations vulvaires; l'accouchement étant à peu près terminé, le fœtus ne peut sortir que par la voie naturelle qui est la plus large, et dans laquelle il est complètement engagé.

Il est plus juste de mettre ces perforations au même plan des déchirures de la fourchette et surtout des déchirures latérales ou vestibulaires de la vulve, des désinsertions ou arrachements plus ou moins étendus des petites lèvres.

Toutes ces lésions se produisent à la même période du travail sous l'influence des mêmes causes.

Elles surviennent au moment des douleurs conquassantes plus spécialement chez des primipares à vulve étroite, à tissus rigides, mal préparés à subir sans se rompre l'ampliation de la vulve par le fœtus. Nous ferons également remarquer que deux fois sur quatre, les deux petites lèvres étaient de longueur inégale, et que deux fois la plus longue lèvre a été perforée.

Lorsque des contractions énergiques, violentes ont immobilisé pour un instant la tête à la vulve, les grandes et petites lèvres forment un canal court, mais continu.

En ce moment s'est effectué l'ampliation complète du périnée. Celle de la vulve porte surtout sur la zone postérieure; mais les régions latérales et supérieures prennent également part au travail de distension; et la distention, le tiraillement des tissus s'accroît à mesure que la tête progresse au dehors. Elle prend fin au moment où la nuque a subi son mouvement de rotation autour du pubis, c'est-à-dire après le dégagement de la tête; mais, le dégagement du tronc devient l'occasion d'une nouvelle et parfois plus grande distension des tissus vulvaires.

Pendant ces dernières périodes du travail les petites

lèvres ont subi une pression continue, s'augmentant graduellement au fur et à mesure du dégagement de la tête.

Les petites lèvres ne sont qu'un repli cutané offrant un riche réseau de fibres élastiques. Grâce à cette particularité, elles peuvent subir une distension extrême ; au delà d'une certaine limite, elles doivent cependant céder au point rendu le plus faible, absolument comme une toile tiraillée en tous sens.

Suivant l'inégalité de la résistance opposée par chacun des points des lèvres, suivant l'inégale répartition du tissu élastique, la rupture se produit dans des sens différents.

Toutefois à priori, il doit exister des points de résistance minimun les plus exposés à la rupture.

Ces points existent au niveau de la fourchette, les déchirures de cette région de la vulve primitives ou consécutives à celles du vagin forment la majeure partie de ces accidents.

Les parties latérales sont plus résistantes ; car les tissus périphériques qui peuvent concourir à l'ampliation fournissent une étoffe large, résistante ; et si ces tissus sont préparés à la distension par des efforts successifs, graduels, longtemps continus, ils se dilatent, devant la partie fœtale et restent indemnes.

Pendant les contractions ultimes, les plus violentes le plus souvent, tous les tissus vulvaires seront distendus.

Ceux de la partie supérieure ne seront guère fortement tiraillés qu'en ce moment ; en général, ils résistent ; mais si une contraction devient trop énergique, si la fourchette distendue ne se rompt pas, l'accouchement se termine brusquement par un arrachement d'un lambeau vulvaire à la partie supérieure, par une sorte de désinsertion de l'extrémité clitoridienne de la petite lèvre.

Plusieurs fois, nous avons observé des faits analogues.

Dans un cas, il existait une désinsertion de la moitié supérieure de la petite lèvre gauche ; le lambeau supérieur, comme roulé en corde, retombait sur la partie inférieure.

Ce fait est rapporté par M. le Dr Thore dans sa thèse pas-

sée récemment sur *les déchirures des parties supérieures et latérales de la vulve.*

Le mécanisme de la perforation des petites lèvres est peu différent de leur arrachement, de la déchirure de leur bord libre.

Il est probable que, dans ces cas, la distension de la petite lèvre n'est pas absolue, étendue jusqu'au bord libre au moment où une contraction dernière et brusque expulse le fœtus. Ce fait expliquerait la plus grande fréquence des perforations dans les cas d'inégalité des petites lèvres, et leur existence sur la lèvre la plus longue.

Il se peut encore que l'épaisseur des petites lèvres difféférente en divers points détermine des différences de résistance. Afin d'élucider ce point, il a été procédé à un examen minutieux de plusieurs femmes ; chez certaines, il nous a été permis de constater de l'amincissement du bord libre ; chez d'autres, au contraire, on notait de l'épaississement de ce bord. Ces parties épaissies exigeant pour se distendre une tension plus énergique résistent tandis que les parties qui les précèdent soumises à la distension exagérée se rompent : le résultat de la rupture est une fente, une perforation.

Un point reste obscur dans cette interprétation ; sur quatre perforations, on trouve trois fois la lésion à gauche.

Lorsque la tête arrive à la vulve, la rotation est terminée. La nuque est directement sous le pubis, la pression doit être uniforme des deux côtés.

Peut-être faut-il faire intervenir encore la direction de la pression exercée par la matrice sur le fœtus.

Cette pression est dirigée dans le sens de l'obliquité utérine qui existe souvent quoique légère en bas et en général de droite à gauche. Au moment de l'accouchement, il est vrai, l'utérus tend à subir un mouvement de redressement et se trouve d'une manière à peu près constante sur la ligne médiane, le fœtus se trouve alors directement poussé en avant.

L'origine acquise de ses perforations paraît indiscutable.

Il semble contre toutes les données embryogéniques de considérer ces perforations comme le résultat d'une anomalie de développement.

Ces perforations labiales ne peuvent nullement être comparées aux orifices que présentent certains hymens anormaux.

L'absence des petites lèvres, du clitoris, l'imperforation vulvaire, les anomalies par excès ou défaut de développement sont les seuls accidents congénitaux observés jusqu'à ce moment à la vulve. Un traumatisme vulvaire, une plaie de la vulve pourraient seuls déterminer des lésions analogues : aussi ne faudrait-il pas absolument conclure à un accouchement en présence de ces perforations.

Cependant si avec une perforation analogue aux précédentes, par sa forme, son siège, son étendue, on notait quelques-uns des signes ordinaires d'accouchement antérieur, la conclusion pourrait être établie sur des bases bien solides. Ce point peut offrir quelque importance en médecine légale.

Des lésions inflammatoires, abcès, plegmons, chancres phagédéniques ne peuvent guère déterminer sur les petites lèvres des perforations; si cet accident se produit, la perforation se présente sous un aspect bien différent; son siège indéterminé, les caractères cicatriciels des bords, les antécédents permettent d'attribuer à la lésion sa vraie cause.

Les perforations méritaient d'être signalées même au point de vue pratique.

Ces déchirures seraient peut être considérées comme plus fréquentes si l'on examinait avec soin la vulve des accouchées.

Le plus souvent, en effet, ces déchirures comme celles de la fourchette se réunissent avec facilité, sans laisser de trace bien visible.

Plusieurs fois, il a été possible de trouver quelque vestige de déchirure, de perte de substance, de rencontrer une ligne

blanche, finement marquée au lieu d'élection de ces déchirures à la partie supérieure de la vulve. Chez un certain nombre de femmes, on constate à la face interne des petites lèvres, au siège d'élection de ces perforations ces vestiges de pertes de substance.

La réunion par première intention doit s'effectuer si la déchirure n'est pas trop longue, si la perforation n'est pas trop large. Le tissu élastique peut dans ces cas maintenir l'écart des lèvres de la plaie assez étendu pour empêcher toute réunion.

Cette possibilité doit engager l'accoucheur à ne se départir jamais de l'examen minutieux de la vulve après l'accouchement.

Une petite plaie peut entraîner des accidents qui peuvent devenir graves.

L'hémorrhagie est surtout à craindre dans les cas de déchirure des lèvres, surtout dans les cas de désinsertion près du clitoris. La région vestibulaire devient à ce point de vue une zone dangereuse.

Déchirures ou perforations peuvent amener des accidents de métrite puerpérale, développer l'état puerpéral infectieux comme toute plaie du conduit génital. Sur nos quatre malades, nous relevons une fois des suites de couches pénibles, compliquées d'accidents puerpéraux.

Obs. I.— Sch... vingt-huit ans, accouche pour la première fois à vingt-deux ans. Accouchement à terme. Présentation du sommet, terminé rapidement en six heures de fortes douleurs, et sans le secours d'un médecin.

Une journée environ après l'accouchement, frissons et apparition les jours suivants d'accidents de péritonite assez graves pour retenir la malade un mois au lit.

Cette malade vient à la consultation, pour une métrite chronique. Elle offre une légère cicatrice linéaire à la fourchette, et une perforation du calibre d'une plume de corbeau à la petite lèvre gauche.

Dans les trois autres cas, les suites de couches furent bonnes.



Obs. II. — Gil... vingt-huit ans, vient se faire soigner pour une métrite chronique, à la consultation de gynécologie de M. Gallard. Elle offre un petit orifice vers le tiers supérieur de la petite lèvre gauche, cet orifice est elliptique, allongé dans le sens de la lèvre. Ses bords sont souples, sa distension permet le passage du petit doigt.

Cette femme explique qu'elle a eu quatre accouchements dans une période de sept ans, le dernier venant à sept mois. D'après la malade la perforation serait survenue au premier accouchement.

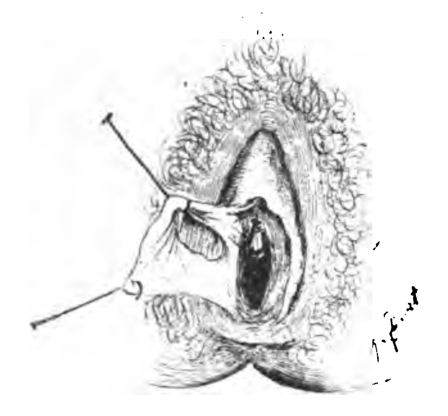
Les petites lèvres sont flasques, extensibles, de longueur inégale.

Obs. III. — Me Math... vingt deux ans, a eu deux accouchements, le premier s'est terminé brusquement vers le septième mois, un médecin appelé a cru devoir intervenir et appliquer le forceps. Présentation du sommet.

La malade a eu un second accouchement à terme. Présentation du sommet.

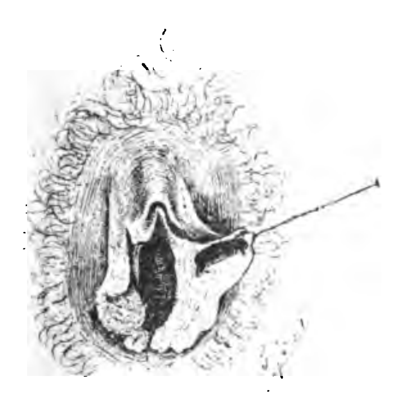
Après son premier accouchement elle s'est aperçue d'une perforation de la petite lèvre droite. La perforation est large, permet

le passage du pouce, ses bords sont souples. Elle siège au niveau



du tiers supérieur de la lèvre. Cette lèvre est plus longue que celle de l'autre côté.

Obs. IV. — Julie Deb..., âgée de vingt ans est accouchée deux fois, la première fois à terme à l'âge de dix-sept ans; le second accouchement a eu lieu à dix-neuf ans vers le huitième mois de la grossesse.



Cette malade présente deux lésions de la vulve qu'elle a constatées après son premier accouchement :

1° Un déchirure du bord libre de la lèvre droite, étendue d'environ deux centim; 2° dans un point correspondant de la petite lèvre

gauche existe une perforation qui permet le passage d'un petit doigt. Cet orifice est bordé en avant par un petit cordon vestige du bord antérieur de la lèvre. Ce cordon, espèce de pont, présente à son extrémité antérieure une petite cicatrice. Il semblerait que la déchirure ait été d'abord analogue à celle du côté droit et que par suite d'un travail cicatriciel réunissant les deux extrémités libres de la déchirure, la déchirure labiale se soit transformée en une fente. Dans ce cas la perforation de la petite lèvre serait consécutive à une véritable déchirure du bord libre.

Aucune de ces perforations ne peut par ses caractères être considérée comme consécutive à la chute d'une eschare produite par la contusion prolongée des tissus vulvaires au moment de l'accouchement.

REVUE CLINIQUE

FISTULE URÉTÉRO-VÉSICO-VAGINALE GUÉRIE PAR LA COLPOPLASTIE

(Par le Dr **S. Pozzi**, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de Lourcine.)

Jeanne Desb... âgée de trente-huit ans, ménagère, m'est adressée à l'hôpital temporaire Pascal (annexe de Lourcine) par M. le professeur Thouvenet, de Limoges.

Antécédents. — Réglée à dix-neuf ans, régulièrement, mariée à vingt ans ; quatre enfants : le dernier à vingt-sept ans, mort-né, accouchement laborieux. Trois semaines après la malade s'aperçoit qu'elle perd son urine d'une facon continue. Elle se soumet successivement à plusieurs opérations, onze dit-elle ; M. Thouvenet m'écrit « un nombre infini de fois ». Aucune n'amène la guérison.

Etat actuel. — Assez bon état général ; toutefois la malade n'est pas d'une constitution vigoureuse, mange peu, se fatigue facilement.

Par l'examen dans la position génu-pectorale on découvre sur la paroi antérieure du vagin, au niveau du cul-de-sac et à gauche une

dépression ombiliquée très petite par laquelle suinte l'urine. Elle ne peut admettre une sonde de femme mais l'hystéromètre y pénètre aisément. Elle est éloignée d'environ 3 centim. du col utérin, et correspond au grand pli du vagin qui se porte de la saillie uréthrale vers le cul-de-sac antérieur quand le vagin est étalé par la valve de Sims. La situation paraît donc correspondre au siège de la dernière partie de l'uretère. En rapprochant cette circonstance de l'échec constant des nombreuses opérations antérieures, je supposai que l'orifice fistuleux devait communiquer avec ce conduit. Pour m'en assurer, j'introduisis un stylet dans la fistule. Il y pénétra directement, mais il fut facile de constater par le cathétérisme vésical qu'il était entré dans le réservoir urinaire où il se mouvait librement.

La recherche de l'uretère sur le pourtour de l'orifice fistuleux demeure d'abord sans résultat, puis, dans un examen ultérieur, on parvient, après de nombreux tâtonnements, à faire pénétrer la sonde urétérale de Pawlik vers la partie supérieure de l'orifice fistuleux à une profondeur considérable : *vingt et un centimètres*. On a la sensation nette que la sonde est emprisonnée dans un étroit conduit ; son introduction progressive faite avec beaucoup de ménagements a subi un léger temps d'arrêt au niveau du détroit supérieur, une injection de lait ne ressort pas par la sonde de Pawlik, mais seulement par la sonde placée dans la vessie.

Dès lors le diagnostic était certain ; on avait affaire à une fistule vésico-urétéro-vaginale, c'est à-dire faisant communiquer le vagin à la fois avec le conduit vecteur de l'urine et avec son réservoir.

Quelle opération devait être choisie pour en amener la guérison ? Il était évident que l'avivement et la suture suivant le procédé américain ne pouvaient être employés sous peine d'oblitérer ou de rétrécir l'uretère ; telle était certainement la cause constante des insuccès antérieurs.

Je n'insisterai pas sur les nombreux procédés opératoires qui ont été mis en usage contre les fistules de l'uretère, depuis qu'on a entrepris de les fermer au lieu de s'en tenir à l'opération palliative primitivement proposée par Simon (colpocleisis après création d'une fistule vésico-vaginale artificielle). On trouvera dans le récent ouvrage de Winckel (qui fait partie de la *Deutsche Chirurgie*) la description détaillée des procédés de Simon, Landau, Bandl, Schede. La plupart de ces opérations ont été conçues pour des fis-

tules urétéro-vaginales simples sans communication avec la vessie, aussi l'un des temps qu'elles comprennent pouvait-il être omis ici, savoir la création préalable d'une fistule vésico-vaginale artificielle. Mais était-il nécessaire de débrider l'extrémité de l'uretère et d'en décoller journellement les bords pour les faire cicatriser isolément (Simon) ou encore d'introduire dans ce canal une sonde flexible ramenée ensuite dans l'urèthre pour faire au-dessus de cette sonde laissée à demeure, l'avivement et la suture (Landau)? La complication même de ces manœuvres me poussait à rechercher autre chose, sans compter la crainte de ne pas me trouver grâce à elle suffisamment à l'abri d'un rétrécissement consécutif de l'uretère. Le moyen d'éviter ce dernier écueil est bien donné par le procédé d'avivement recommandé par Schede, qui a soin de ménager sur le pourtour de l'orifice une assez large bandelette de muqueuse vaginale, de manière à former après la suture une sorte de capsule au devant de l'orifice urétéral retourné dans la vessie. Ce procédé paraît donc préférable à ceux qui ont été précédemment indiqués. Mais l'avivement *en couronne* qu'il suppose se prête bien mal à un affrontement parfait et, en reculant considérablement les limites externes de la région avivée, doit exposer à de grands tiraillements.

Je m'arrêtai à un plan opératoire à la fois plus simple et tout aussi efficace.

Que s'agissait-il d'éviter? — L'occlusion de l'orifice urétéral. Il fallait à la fois fermer la communication du vagin avec la vessie et reporter *intégralement* dans l'intérieur de celle-ci l'orifice (anormal ou normal) de l'uretère, sans en diminuer le calibre, sans y toucher si possible.

Or ce but pouvait être atteint par la dissection de deux petits lambeaux en dédoublant la cloison vésico-vaginale au niveau de la fistule et faisant porter l'affrontement et la suture sur ces lambeaux formés seulement par le feuillet inférieur ou vaginal du dédoublement; le feuillet postérieur ou vésical, percé de l'orifice fistuleux serait alors simplement repoussé dans l'intérieur du réservoir urinaire sans qu'aucun tiraillement soit exercé sur lui; il serait même plutôt relâché par le pincement que l'affrontement du feuillet antérieur produit au devant de lui.

C'est, comme on le voit, l'application à un cas très spécial du procédé autoplastique inauguré par Gerdy en 1841, vanté devant

l'Institut par Leroy d'Etiolles l'année suivante et tombé dans le discrédit jusqu'à ce que M. le Dr Duboué (de Pau) vint le proposer de nouveau comme méthode générale en 1864, à la Société de chirurgie. Il y avait là sûrement de la part de cet ingénieux chirurgien une exagération, et la méthode américaine n'a pas de rivale dans les cas ordinaires, typiques ; l'autoplastie répond à des indications spéciales, et les fistules de l'uretère seront désormais, me semble-t-il, parmi les meilleures indications.

Guidé par ces considérations, je pratiquai l'opération de la façon suivante le 8 novembre 1886.

Antisepsie exacte du vagin par des lavages répétés au sublimé. Position génu-pectorale : pas de chloroformisation, l'anesthésie locale est très bien obtenue par des badigeonnages avec la solution de cocaïne.

La région étant mise à découvert par l'emploi d'une valve de Simon, d'écarteurs latéraux et l'abaissement modéré de l'utérus dont le col a été saisi par une pince de Braun, on pratique au niveau de la fistule une incision verticale qui la dépasse en haut et en bas de un centimètre 1/2 environ : une incision transversale à chaque extrémité de cette incision verticale lui donne la forme d'un H renversé. Dissection des bords de l'incision verticale dans une étendue de 2 centimètres de façon à obtenir deux petits lambeaux par dédoublement de la cloison. Quand ces lambeaux sont relevés, on aperçoit au centre de la surface cruentée le petit orifice de la fistule. On attire l'un vers l'autre les deux lambeaux au devant de celle-ci et on les affronte sans le moindre effort. Ils sont suturés soigneusement par 3 points profonds et 4 superficiels au fil d'argent; après la suture et par l'adossement de leurs faces profondes, ils forment à la place où était la fistule une petite saillie en forme de crête. Lavage au sublimé du vagin ; à l'acide borique de la vessie ; gaze iodoformée dans le vagin. Sonde à demeure pendant les 4 premiers jours. Ablation des fils le 8e jour.

Les suites sont des plus simples. Réunion par première intention. Guérison complète. Dans les premiers temps qui suivent l'opération il persiste une incapacité très gênante de la vessie à retenir l'urine (rappelons que la fistule avait onze ans de date).

Il existe aussi pour la même cause une métrite du col très prononcée. La malade est donc gardée à l'hôpital pour n'être ren-

voyée dans son pays qu'après avoir été entièrement guérie de l'affection utérine.

Celle-ci est actuellement (mars 1887) tout à fait terminée. Les fonctions de la vessie se sont aussi très améliorées. La malade peut conserver son urine, sans besoin d'émission pendant plusieurs heures quand elle est couchée et pendant une heure quand elle est debout, excepté au moment de ses règles ou les besoins sont fréquents et impérieux.

La guérison est donc aussi complète que possible et a été obtenue facilement, en une seule opération, par le procédé autoplastique qui peut recevoir ici le nom de *colpoplastie.*

OBSERVATION SUR UN CAS DE BASIOTRIPSIE

Pratiquée par M. **Marta** de Venise.

La nommée Maggietto Sabbadiu Regina di Dolo (Provincia di Venezia) âgée de vingt-huit ans, primipare. Bassin rachitique, symétrique, très incliné ; diamètre promonto-sous-pubien, 8 cent. Diam. minimum 6, 7 cent. à peu près. Microcorde dr. raccourci.

Sommet au détroit sup. en O. I. G. T. Basiotripsie avec l'instrument de M. le professeur Tarnier. Tête aplatie en forme de disque. Le disque céphalique, avec l'instrument appliqué, mesure : dans le sens transversal, 12 cent. ; vertical, 14 cent.

L'enfant mesure : long. 63 cent. du sommet à l'omb., 35 cent. Pèse 4,200 grammes y compris la substance cérébrale. Diamètre biacrom., 15 1/2 cent. diam. bitrochant, 14 cent.

L'opération fut faite le 27 janvier à huit heures et demie au soir ; durée de l'intervention 25 minutes avec l'assistance de mes amis les docteurs Tirelli et Bassi (di Dolo), très satisfaits pour la rapidité de l'opération. A présent, la femme se porte bien.

REVUE DE LA PRESSE

L'OVARIOTOMIE AU SAMARITAN FREE HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

G. Granville Bantock **et la propreté** contre J. Knowsley Thornton **et l'antisepsie.**

Dans Seymour Street, rue peu fréquentée du West End, le médecin étranger de passage à Londres a peine à découvrir une maison de très modeste apparence, étroite de façade, tout en hauteur, sur laquelle on lit peint, à même sur la brique, *Samaritan free hospital for women and children.* A voir cet hôpital minuscule qui loge rarement plus de 20 et jamais plus de 30 madades, on a peine à croire que c'est de là qu'est parti le mouvement de renaissance de l'ovariotomie, et que là est encore aujourd'hui la grande école de laparotomie d'Angleterre, j'allais dire du monde.

Spencer Wells y fit sa seconde ovariotomie en 1858 dans une chambre où il poursuivit depuis, pendant vingt ans, avec moins de 6 ou 8 lits à sa disposition, une longue série de 468 cas hospitaliers, les centaines succèdant aux centaines et toujours avec une diminution de la mortalité. Il y opéra pour la dernière fois le 12 décembre 1877, comprenant qu'il était temps de se retirer et que c'était un devoir pour lui de laisser la place aux jeunes. Depuis longtemps, en effet, il s'était promis, comme Benjamin Brodie, de ne pas laisser dire de lui ce qu'il avait entendu dire d'autres, à savoir qu'il conservait un poste de cette importance, auquel était attachée une si grande responsabilité, quand, par suite de l'âge ou de l'indifférence, il avait cessé d'être à la hauteur des obligations que ce poste imposait. « Et dernièrement, ajoutait-il dans sa leçon d'adieux, quand je voyais autour de moi des jeunes gens intelligents, zélés et pleins de mérite qui attendaient mon départ pour me succéder, je me suis dit que c'était de l'égoïsme de ma part de rester plus longtemps puisque, au point

de vue de la satisfaction de mes intérêts proprement dits, j'avais obtenu tout ce que je pouvais désirer » (1).

Les jeunes auxquels Spencer Wells laissait ainsi la place, donnant un grand exemple trop rarement imité, étaient MM. Bantock et Thornton qui avaient pris part à ses opérations et commencé les leurs en 1875 ou 1876.

Tous deux se mirent résolument à l'œuvre, si bien qu'en quelques années (1878 à 1883) ils eurent fait plus d'opérations (496) que leur maître en vingt ans.

D'allures et de tendances très différentes, les deux élèves de Wells ne tardèrent pas à divorcer.

Thornton, fervent disciple de Lister, introduisit sa méthode opératoire et ses pansements à Samaritan hospital, entraînant à sa suite Spencer Wells qui dès l'abord hésitait, la mortalité ne dépassant pas 9 0/0, à appliquer une méthode qui n'avait pas fait ses preuves et qui pouvait modifier des résultats aussi satisfaisants.

Bantock suivit tout d'abord le mouvement; mais bientôt il rompit avec le Listerisme pour revenir à l'ancienne pratique et tandis que Spencer Wells dans sa clientèle, Thornton et Meredith à l'hôpital emploient le spray phéniqué pendant l'opération, trempent les éponges, la soie et les instruments dans une solution phéniquée, abandonnent les tubes à drainage même dans les cas qui s'annoncent mal, Bantock rejette le spray, revient au drainage et à l'eau pure, et cherche à démontrer que la simple propreté est la meilleure des méthodes antiseptiques.

Depuis lors la divergence a continué entre MM. Bantock et Thornton. Tous deux viennent de publier leurs dernières statistiques, et il est très intéressant de comparer les résultats obtenus par deux élèves du même maître, chirurgiens du même hôpital, dont l'un emploie la méthode de Lister dans toute sa rigueur, et dont l'autre se contente d'être remarquablement propre.

Les résultats obtenus par Thornton sont superbes et démontrent une fois de plus (preuve qui n'est plus à faire) l'efficacité de l'antisepsie appliquée à la chirurgie abdominale.

Aussi est-ce surtout sur l'œuvre et l'évolution de Bantock, peu

(1) Spencer Wells. Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Trad. P. Rodet. Paris, 1883.

connues, croyons-nous, en France, que nous voudrions ici attirer l'attention.

Dans le British Medical Journal du 24 mai 1879 (p. 766), Bantock publiait sa première série de 25 ovariotomies pratiquées avant l'introduction de la méthode Listérienne dans la chirurgie abdominale.

Commencée le 13 août 1867 au London surgical home, elle finit en octobre 1877, et se solde par 5 morts dont 3 de septicémie, 1 de péritonite et 1 d'obstruction intestinale.

A partir de sa 7e opération il avait délaissé le clamp et la cautérisation et traité systématiquement le pédicule par la *ligature, (traitement intra-péritonéal)*.

C'est là un point important à noter car, à cette époque (1875), grâce à la puissante et persistante apologie qu'en faisait M. Spencer Wells, le clamp était au summum de sa renommée et, malgré les excellents résultats obtenus par Tyler Smith, la ligature était tombée dans un oubli immérité. On n'y avait recours qu'en dernier ressort et dans les cas désespérés.

La seconde et la troisième série de 25 ovariotomies de Bantock (Brit. Med. Journal, 12 juin 1880, p. 877), vont du 24 octobre 1877 au 3 mai 1878.

Il continue à faire le traitement intra-péritonéal du pédicule, mais à partir de son 31e cas, il pratique antiseptiquement. C'est là que l'histoire devient intéressante.

Sur ces 50 cas, il y a 19 morts dont 3 par septicémie, 1 par *congestion pulmonaire aiguë*, 1 par *obstruction intestinale*, 1 de *bronchite aiguë*, 1 de *shock*, 1 de *rupture intestinale*, 1 *d'épuisement*, 1 de *néphrite phéniquée*.

Appliquant pour la première fois la méthode antiseptique à son 31e cas, à l'époque où le thymol arrivait d'Allemagne avec une grande réputation germicide, il vit ses cinq premières ovariotomies antiseptiques guérir à merveille. Mais la sixième mourut le 5e jour de péritonite. Il n'avait pas employé le drainage et la malade avait une dégénérescence avancée du foie et du cœur.

Bien que cet insuccès ne pût être attribué à l'antiseptique employé mais plutôt à la dégénérescence des organes importants, Bantock change le thymol pour l'acide phénique et dès l'abord il n'en est pas content.

Sa première opérée (âgée de 51 ans) meurt de congestion pulmo-

naire aiguë ; « En fait, dit-il, je ne pouvais faire autrement que de mettre la mort sur le compte de l'empoisonnement phéniqué ou du refroidissement produit par le spray, les parties touchées par l'opération ne présentant aucune altération. »

Dans le 4e cas antiseptiquement traité, il s'agissait d'un pédicule court et épais. Bantock eut de grandes difficultés à serrer assez les ligatures (au nombre de 7) pour arrêter complètement le suintement sanguin. Il s'astreignit aussi étroitement que possible à tous les détails de la méthode Lister et, trop confiant en elle, omit le drainage. Comme il le craignait, il y eut quelque suintement du moignon et sa malade mourut de septicémie le 5e jour. De telle sorte qu'il avait perdu une malade sur 6 avec le thymol et deux sur quatre avec l'acide phénique. Cela n'était pas encourageant. Il n'est que juste cependant de remarquer que tous ces cas étaient plus ou moins compliqués.

Avant d'avoir atteint sa cinquantième ovariotomie, Bantock perdit encore 3 malades, 1 d'obstruction intestinale, 1 de bronchite aiguë et 1 de shock.

Jusqu'à quel point l'exposition au froid du spray dans les deux derniers cas peut elle être regardée comme un facteur dans le résultat fatal ; dans l'un, le spray agissant a frigore, dans l'autre en augmentant la dépression d'une malade déjà moribonde, c'est sur quoi les avis différeront. Bantock est convaincu cependant qu'elle a eu une influence. Dans le premier cas en effet les symptômes de bronchite survinrent comme à la suite d'un refroidissement ordinaire. Le péritoine était parfaitement sain.

Ainsi, après 12 opérations avec l'acide phénique, Bantock se trouvait à la tête de cinq morts.

« Maintenant, concluait-il (Brit. Med. Journ., 22 janvier 1881), avec une expérience plus grande des effets toxiques de cet agent, je ne peux que garder la conviction qu'il a en définitive causé la mort de 2 de ces malades. »

A sa 51e ovariotomie il substitue le phénol à l'acide phénique nº 5 de Calvert, et dès lors il a 17 cas de suite avec une seule mort. Encore s'agissait-il ici d'un cas qui probablement dans n'importe quelles conditions aurait eu une terminaison fatale. C'était un kyste suppuré, avec adhérences très solides à environ un pied de l'iléon ; obstruction partielle, catarrhe gastro-entérique aigu avec ulcérations dont une s'ouvre dans le péritoine.

Suit une autre série de 10 guérisons et une mort dans un cas de sarcome de l'ovaire chez une jeune femme âgée de 25 ans qu'il a été forcé d'opérer malgré lui. Opération longue et difficile, adhérences étendues et vasculaires, grande perte de sang. Quatre heures après l'opération la température atteignait 38°3; pendant les 5 heures suivantes elle augmente d'un degré Fahrenheit par heure, et, à la fin des 7 heures, le pouls battait 180 fois par minute. Mort en 18 heures.

L'autopsie montra que les ganglions lombaires étaient envahis et qu'il n'y avait pas l'ombre d'une chance de survie pour la pauvre patiente.

La perte de cette malade n'était pas inattendue, mais le cas suivant fut une douloureuse surprise.

Femme mariée 39 ans. La tumeur, de nature douteuse, était intimement unie à l'utérus; mais une ponction exploratrice confirma l'idée qu'on avait de sa nature ovarienne. Au cours de l'opération on se trouva dans la nécessité d'enlever les deux ovaires. Le côté gauche était le siège de la tumeur qui avait de arges adhérences dans le bassin et avec la face postérieure de l'utérus. Comme on ne pouvait apercevoir la source d'un suintement sanguin au fond du bassin, il fallut fermer la plaie et placer un tube à drainage.

L'opération dura environ une heure et demie. 2 heures après, cathétérisme qui retire 2 onces d'urine. 5 heures plus tard la malade était extraordinairement assoupie, le pouls était entre 150 et 160 et il y avait de l'anurie. La température n'était qu'à 37°, mais au bout de 4 heures elle monta à 39°. La malade survécut 25 heures. A l'autopsie on trouva les reins énormément congestionnés, le cœur petit et gras. Il y avait eu peu de suintement, le cul-de-sac de Douglas contenait seulement une petite quantité de sérosité colorée; « s'il pouvait y avoir quelques doutes sur le rôle joué par l'acide phénique dans les cas précédents, il ne pouvait y en avoir ici aucun, dit Bantock; mais je devais rencontrer un cas plus convainquant encore. »

« 14 jours après, j'opérais une femme âgée de 55 ans (72e ovariot.), qui avait été ponctionnée déjà 10 fois avant de venir réclamer mes soins, et que j'avais dû ponctionner à nouveau par suite de dyspnée intense. » La tumeur composée de quelques loges et d'un gros kyste contenant environ 50 pintes de liquide, adhérait à la paroi

abdominale depuis un peu au-dessus du pubis jusqu'au cartilage ensiforme et au diaphragme, ainsi que d'un flanc à l'autre. Il existait aussi une adhérence épiploïque dans l'étendue de quelques pouces.

L'opération ne dura que 35 minutes. La même succession de symptômes survint, et ce ne fut que par des mesures héroïques que la malade put être sauvée. En 7 heures sa température monta à 41° dans le vagin.

Elle était comateuse. Il survint une anurie complète. (Ce cas a été publié en détail dans un mémoire lu par Bantock le 14 décembre 1880 à la Royal Medical and Chir. Society).

Ces deux cas, arrivant à si court intervalle, attirèrent sérieusement l'attention de notre opérateur. Il pensa ne pouvoir attribuer la mort dans l'un, et les graves symptômes observés dans l'autre qu'à l'action de l'acide phénique.

A cette époque il employait la solution à 1/40. Pour obvier aux inconvénients qu'il lui avait reconnus, Bantock résolut de ne plus user que d'une solution à 1/50, et, sur 25 ovariotomies (les dernières de sa 1re centaine) dans lesquelles il y eut recours et dont huit furent assez sérieuses pour nécessiter le drainage, il n'eut que 2 morts.

La première dans un cas très grave d'ovariotomie double avec adhérences multiples chez une malade très émaciée, opérée in extremis avec 38°5 de température et 140 pulsations, ne dit rien ni pour ni contre la méthode.

L'autre malade avait un cœur gras ; il survint après l'opération une oblitération des voies biliaires par un calcul et enfin une néphrite aiguë. Elle mourut au bout de 4 jours. Ici encore la néphrite parut être la cause immédiate de la mort que fut précédée d'anurie complète.

Bantock faisait suivre cet exposé des réflexions suivantes :

« Mon opinion actuelle sur la méthode de Lister appliquée à l'ovariotomie est basée sur environ cent opérations faites soit avec soit sans modifications de la méthode.

« Pour que l'on comprenne bien ma situation il me faut indiquer de quelle façon et à quel point je me suis départi de la méthode de M. Lister. Je pense d'abord devoir ranger parmi les cas non listériens mes six opérations au thymol, Lister considérant cette substance comme non antiseptique ou tout au moins indigne de confiance.

« Je commençai à employer l'acide phénique à mon 37e cas et j'adhérai alors à tous les détails de la méthode à l'exception du protective.

« Préférant en effet le pansement sec dont j'avais pu apprécier les excellents effets (surtout dans mes six cas au thymol), je plaçais un coussin de gaze au thymol entre la peau et la gaze phéniquée. Les résultats au point de vue de la cicatrisation de la plaie furent dès l'abord si satisfaisants que je continuai à avoir recours à cette pratique, jusqu'à ces derniers temps. Ce qui m'enthousiasma tout particulièrement de cette gaze, ce sont ses propriétés absorbantes et non irritantes comparées à celles de la gaze phéniquée. »

Ce n'est pas là, pense-t-il, une modification de grande importance à la méthode de Lister, surtout si l'on songe que Spencer Wells, qui passe pour un listérien, s'est rallié à cette pratique.

« Au début, continue-t-il, je changeais mes pansements sous le spray; mais bientôt mon sens commun se révoltant contre un double gaspillage de temps et de matériel je renonçai à cette pratique. Non seulement je n'ai pas eu lieu de le regretter mais je crois que celà a été très avantageux, les malades n'étant pas exposées au refroidissement et la plaie n'étant pas soumise à l'irritation de l'acide phénique si fatale au processus unitif.

« Lorsque parfois par suite de la coaptation imparfaite des lèvres de la plaie il a été nécessaire de renoncer au pansement sec, je me suis contenté de laver, avec une solution d'acide sulfureux à 1/20 avant de réappliquer la gaze au thymol. A tous les autres points de vue j'ai observé tous les détails de la méthode de Lister jusqu'à mon 72e cas. »

Comparant ses ovariotomies faites d'après la vieille méthode et d'après la méthode antiseptique, il arrive à ce résultat qu'au point de vue de la température pendant les 4 premiers jours, après l'opération, il y a à peine une différence de 4/10 de degrés en faveur des cas antiseptiques.

Il y a plus, après son 72e cas il a réduit le titre de sa solution à 1 pour 50, puis à 1/60. Depuis lors il observe une diminution de la température en même temps qu'une diminution de la mortalité laquelle n'est plus guère que celle due à des causes qu'il est impossible d'éloigner.

Ainsi de son 73e à son 120e cas, il n'a été obligé de recourir au bonnet réfrigérant que 4 fois; dans les 30 derniers, 2 fois seule-

ment et dans un de ces cas à cause d'empoisonnement phéniqué.

« De telle sorte que la réduction de la solution à 1/60, bien que donnant en général des résultats meilleurs, ne m'a pas préservé de cet accident dont l'évidence est manifeste dans le dernier cas. »

Bantock concluait :

1° Dans des cas comparables le système antiseptique n'a pas entre mes mains abaissé la température post-opératoire

2° La réduction du titre de la solution phéniquée a été suivie d'un abaissement parallèle de la courbe thermique et d'une diminution dans le taux de la mortalité.

Il croit donc avoir démontré que le Listerisme peut être considérablement modifié sans être suivi de résultats plus mauvais, au contraire.

Jusqu'où pourront aller les modifications, pourra-t-on arriver à un simple lavage sans acide phénique, c'est ce que dira l'avenir.

Peu de chirurgiens prétendront aujourd'hui que l'acide phénique, dans la proportion et de la manière prescrite par Lister, soit une nécessité; un peu plus discuteront les avantages du refroidissement produit par le spray dans l'ovariotomie; mais il en est très peu qui nieront que la propreté à laquelle on peut atteindre à l'aide du Listerisme, par le spray et les ablutions fréquentes, joue un rôle considérable. Le système antiseptique peut sans irrévérence être appelé l'évangile de la propreté. Là où il y a propreté parfaite il ne peut y avoir de processus septique.

« J'ai foi, dit-il, dans les vertus de la propreté, mais je ne crois pas aux propriétés antiseptiques spécifiques de l'acide phénique. La pratique listérienne est basée sur une théorie qui n'a pas été démontrée et qui n'est probablement pas vraie. »

En réponse à cette charge à fond de son collègue et voisin, M. Thornton fit une communication à la Royal Medical and Chirurgical Society, le 14 décembre 1880, dans laquelle il rapportait 172 cas de laparotomie antiseptique.

La plus grande partie de ses laparotomies avaient été faites pour des ovariotomies avec traitement intra-péritonéal du pédicule; il insistait sur la nécessité de suivre rigoureusement la méthode de Lister à l'exclusion de ce qu'on appelle le Listérisme modifié.

Dans ses mains, disait-il, le Lister pur avait réduit la mortalité dans l'ovariotomie de 23,94 0/0 à 4 0/0 (chiffre atteint dans ses 75

dernières ovariotomies), et d'après lui on devait s'attendre à mieux encore dans l'avenir.

Ses conclusions étaient les suivantes :

1° Les cas simples guérissent grâce à la méthode de Lister avec une certitude inconnue auparavant.

2° Il y a moins de fièvre et la convalescence est plus rapide qu'avec l'ancienne méthode.

3° Le succès obtenu dans les cas plus compliqués est proportionnel à l'exactitude avec laquelle on a appliqué la méthode.

4° Les accidents et les complications qui suivent l'opération (l'hémorrhagie par ex.) sont plus facilement combattus dans les cas aseptiques.

5° Il y a des difficultés et même des dangers dans l'application de la méthode ; mais plus le chirurgien a d'expérience, plus il les évite et plus complets deviennent ses succès.

Thornton recommande par conséquent de laver la paroi abdominale avant l'opération avec la solution phéniquée à 5 0/0; d'appliquer sur le champ opératoire une serviette imbibée dans la même solution; de tremper les instruments, avant l'opération, dans une solution phéniquée à 2 0/0; de se servir du spray à 2 0/0. Les éponges doivent être lavées dans de l'eau savonneuse et une solution d'acide sulfureux à 8 0/0; ensuite elles sont passées dans une solution phéniquée à 5 0/0 puis, le jour de l'opération, dans une solution à 2 1/2 0/0. Le pansement reste dix jours et au bout de ces dix jours 99 fois sur 100 la plaie est réunie par première intention. Le drainage est tout à fait inutile.

Bantock, loin de se rallier à cette manière de voir, réduisit de plus en plus le titre de sa solution à 1/80, à 1/100, à 1/150, et de réduction en réduction il en arriva à ne plus employer que de l'eau tiède sans adjonction d'aucun antiseptique.

C'est le résultat de cette pratique qu'il vient de publier dans la Lancet des 12 et 16 mars derniers. Cette communication ne pouvait manquer de venir, M. Thornton ayant lu en octobre dernier, à la Royal Med. and. Chir. Society, un mémoire sur 300 nouveaux cas d'ovariotomie et 20 cas d'incision exploratrice, opérations faites avec toutes les précautions antiseptiques (spray compris).

« La septicémie, disait Thornton à cette occasion, n'a pas encore été entièrement bannie, mais il a été fait beaucoup dans cette voie

ainsi que le prouve une série non interrompue de 100 ovariotomies à Samaritan Hospital sans une mort par septicémie. Il y a un progrès marqué dans la décroissance de la mortalité. »

A ces résultats Bantock oppose ceux de 100 laparotomies faites par lui de février 1885 à novembre 1886, en dehors de toute précaution antiseptique, bien que quelques-unes de ses malades aient été opérées alors qu'il y avait de la septicémie dans les salles voisines de l'hôpital.

Mais le plus grand soin a toujours été pris pour assurer la propreté (cleanliness) « que j'ai décrite, dit-il, il y a quelques années comme le plus efficace de tous les systèmes antiseptiques et le seul parfait ». Cette proposition est, pense-t-il, démontrée par les résultats obtenus.

Les voici :

NOMBRE DE CAS	OPÉRATION	GUÉRISON	MORT
50	Ovariotomie	49	1
9	Hystérectomie	9	
15	Hystérectomie supra-vaginale	12	3
12	Ablation des annexes de l'utérus malade	10	2
3	Ablation des annexes de l'utérus pour fibrome	2	1
1	Extirpation d'hydatides du péritoine.	1	
1	Extirpation d'un kyste rétro-péritonéal	1	
1	Incision et drainage	1	
7	Incision exploratrice	7	
1	Opération incomplète		1
100		92	8

Sur les 50 ovariotomies (kystes ovariques, para-ovariques, kystes du ligament large, 16 ovariot. doubles, 30 fois adhérences, 4 énucléations dont 2 doubles, 7 ruptures, il n'y a qu'une mort).

Dans ce seul cas suivi de mort il s'agissait d'une femme de 56 ans, très émaciée et atteinte de bronchite chronique. La tumeur pesait 13 livres, et avait été ponctionnée une fois. Il y avait eu torsion du pédicule et hémorrhagie grave dans le kyste. La tumeur était partout adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon, au

bassin et à environ 2 pieds d'intestin avec le mésentère. Il fallut de nombreuses ligatures. Le suintement sanguin de la paroi fut si considérable qu'on fut amené à employer le cautère au niveau de quelques-unes des surfaces les plus saignantes, mais il manqua complètement le but et on dut fermer la plaie en laissant un tube à drainage. La toux ne laissa aucun repos à la plaie abdominale et la malade mourut en 5 jours 1/2. L'autopsie révéla de la péritonite adhésive et une congestion pulmonaire intense.

Bantock fait remarquer que la mortalité pour ses cent dernières ovariotomies est seulement de 5 0/0; que sur ses 90 dernières il n'a perdu que 3 malades, que de ses 55 dernières une seule est morte.

Et qu'enfin toutes les 45 dernières ont guéri.

Les points particuliers de son traitement, tel qu'il le pratique actuellement, sont l'emploi du drain et le lavage à grande eau de la cavité péritonéale après l'opération.

29 fois sur les 50 en question on eut recours au tube à drainage pendant des périodes variant de 26 heures à 7 jours. Contrairement à une opinion récemment exprimée, les résultats tendent à prouver que le tube à drainage n'irrite pas le péritoine et n'est pas par conséquent une source de dangers. Sans une seule exception la décharge du tube diminua graduellement jusqu'à ce qu'il n'y eut plus qu'un 1/2 drachme de serum pâle, clair, de coloration ambrée, ce qui était l'indication de l'enlever. Bantock assure qu'au contraire de ce qui a été avancé (par Thornton), les faits qu'il a observés et ceux qu'il a pu voir dans la pratique d'autres opérateurs, tendent à prouver que le tube peut être retiré trop tôt auquel cas le résultat est fatal.

Enfin dans 22 cas la cavité péritonéale, surtout la portion pelvienne, fut lavée avec de l'eau ordinaire chaude et aucune tentative ne fut faite pour la stériliser comme on dit, c'est-à-dire pour la priver de tout ou partie des « 36 *bêtes* » de Lawson Tait. La température de l'eau est telle qu'elle soit agréable à la main; s'il y a eu beaucoup de suintement sanguin venant des adhérences déchirées, on a élevé la température jusqu'à 43°, et lorsque l'eau semblait trop chaude elle a été refroidie à l'aide de l'eau ordinaire de l'hôpital.

Pour verser l'eau dans le ventre, on s'est habituellement servi d'une aiguière.

« Il est presque inutile de dire, ajoute Bantock, que je n'ai vu

aucun résultat mauvais suivre cette pratique; je crois, au contraire, qu'elle a été avantageuse. Elle est spécialement utile dans les cas où de la matière colloïde s'est épanchée dans le péritoine et où des kystes dermoïdes se sont rompus pendant leur extraction. L'eau doit être employée très copieusement. »

D'après Peaslee, cette méthode nouvelle du lavage du péritoine à grande eau est due à Lawson Tait, et Bantock, d'accord avec Playfair, la regarde comme un réel et grand progrès.

Le principal avantage du lavage du péritoine à l'eau, c'est qu'il épargne l'épongement excessif et le nettoyage avec les éponges.

Ces faits sont à coup sûr fort intéressants, mais on ne peut que regretter les succès de Tait et de Bantock.

L'apparence est pour eux, mais jusqu'à nouvel ordre, il semble que ce qu'ils font doive être considéré comme un tour de force.

Il est en tout cas prématuré de dire comme Playfair « que cette méthode est contraire à la théorie aseptique qui a servi de point de départ à la méthode Listérienne », étant donné le peu qu'on sait des « 36 *bêtes* » de l'eau, de leur biologie, de leurs propriétés pathogènes, de l'influence que peuvent avoir sur elles des températures même peu élevées, etc.

Si bien que, quelque désir que nous ayons d'être agréables à M. Bantock, dont l'hospitalité et l'affabilité tranchent singulièrement avec la morgue toute britannique de Thornton, nous ne pouvons nous empêcher de regretter qu'à l'heure actuelle les apparences soient pour lui contre Lister et son école. Il sera cause que maints chirurgiens encore réfractaires vont se croire autorisés à mourir dans l'impénitence finale. Dieu sait ce qu'il en coûtera à leurs malades, car il est un facteur que Bantock ne fait pas figurer à l'actif de sa méthode, c'est une dextérité, un brio opératoire vraiment merveilleux, qui font qu'il peut se permettre sans crainte des expériences comme celles qu'il poursuit depuis 10 ans, et qui sans doute entre les mains de tout autre et dans un milieu moins aseptique que Samaritan Hospital auraient donné des résultats déplorables.

Qui sait d'ailleurs si ces chiffres, dont il est si fier aujourd'hui, il ne les aurait pas atteints depuis longtemps déjà, si, au lieu de céder à l'impression résultant de ses débuts dans l'antisepsie, il avait, comme son ami Thornton, persévéré. Car enfin les statistiques de

celui-ci sont là pour prouver que les dangers de la méthode de Lister dans la pratique de la chirurgie abdominale sont loin d'être ce qu'on les avait crus.

Nous ne voulons donc, jusqu'à plus ample informé, retenir qu'une chose du travail de Bantock, c'est que l'antiseptique n'est pas tout dans la méthode listérienne ; que la minutie et la propreté qu'elle impose jouent un rôle considérable, fait utile à rappeler à beaucoup qui semblent l'ignorer encore, et qui croient être Listériens parce qu'ils emploient les linges de Lister, l'acide phénique ou le sublimé.

H. Varnier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance du 10 *mars* 1887 (1).

Présentations de pièces.

Doléris. a) Préparations histologiques ayant trait à l'endométrite chronique.

b). **Kyste de l'ovaire multiloculaire,** provenant d'une ovariotomie faite six semaines après l'accouchement. Guérison.

c). **Sarcome diffus végétant de la muqueuse utérine.** Hystérectomie vaginale.

Polaillon. — **Un kyste du ligament large.** — La pièce provient d'une femme, âgée de vingt-cinq ans, opérée il y a 15 jours. La principale difficulté opératoire a été dans la formation du pédicule pour laquelle on a dû se servir de la base très large de la tumeur. Convalescence régulière.

Auvard. — **Un placenta,** qui présente une anomalie rare. Sur la face fœtale, on aperçoit un relief circulaire, situé à 2 cent. environ du bord libre de l'organe et parallèle à ce bord.

Suite de la discussion sur la communication de M. Doléris, de

(1) Voir in Ann. de Gynéc. et d'obstétrique n. février 1887. p. 137 et suiv.

l'endométrite et de son traitement. — MARTINEAU. — La métrite tuberculeuse dont M. Doléris n'a pas non plus parlé peut être une manifestation protopathique ou deutéropathique de la diathèse. Très vraisemblablement, elle doit être aussi dans quelques cas le résultat d'un contage direct (rapports sexuels avec un individu atteint de tuberculose génitale).

C'est sur ces notions qui découlent de l'observation clinique, qu'est basée la classification en *a*) m. *dyscrasiques b*) m. *traumatiques*, parmi ces dernières se rangent un certain nombre de m. infectieuses, la m. blennorrhagique par exemple.

Les considérations sur lesquelles s'appuie cette division importent beaucoup pour le choix du traitement. M. Doléris semble admettre que toute métrite exige un traitement chirurgical immédiat, grande erreur ! Car, dans beaucoup de cas, l'intervention chirurgicale ne peut qu'activer le processus d'adénolymphite qui presque toujours complique la métrite, et provoquer toute une série de complications qui sont toujours l'effet d'exacerbations semblables (inflammation du tissu cellulaire pelvien ; phlegmon péri-utérin, du ligament large, pelvi-péritonite).

Pour instituer une thérapeutique rationnelle et efficace, il faut d'abord résoudre ce triple diagnostic.

a) diagnostic *anatomique* : inflammation
— — modalité anatomique.

b) diagnostic *pathogénique* (causes déterminantes).

c) diagnostic *nosologique* (maladie générale qui a joué le rôle de cause prédisposante).

Ce diagnostic résolu, le traitement doit être triple.

a) traitement anatomique. Combattre l'inflammation (antiphlogistiques), et faire disparaître les modifications morbides dues à l'inflammation, ulcérations, végétations, fongosités (agents modificateurs des tissus, antiseptiques, caustiques), *dans des cas rebelles et spéciaux, très rares, la dilatation et le curettage de l'utérus sont indispensables.*

b) Traitement *pathogénique.* Il faut écarter (c'est affaire de prophylaxie) ou supprimer la cause déterminante. Existe-t-il un foyer de microbes pathogènes ? Détruisez-le. Ici encore le traitement chirurgical est obligatoire. M. Doléris a eu le tort de poser en principe la nécessité d'un traitement chirurgical au lieu d'en avoir

établi les indications par l'analyse des phénomènes morbides et des conditions pathogéniques.

Après ce que j'ai dit de la fréquence de la m. dyscrasique, je n'ai pas à insister sur l'importance du traitement nosologique. Sans ce traitement on s'expose à n'obtenir très souvent qu'un résultat tout à fait momentané.

A. Guérin. — Le curettage de la matrice est certainement utile, indispensable dans les cas de fongosités de la muqueuse utérine. Mais il faut bien préciser ce que l'on entend par le terme de *fongosités*. On ne saurait désigner sous ce nom, ni traiter de cette façon, cet état de la muqueuse utérine qui prend l'aspect de velours et qui résulte de l'existence de petites saillies très visibles à la loupe. Encore moins les cas dans lesquels, la loupe ne suffisant pas, il faut examiner une parcelle de la muqueuse utérine au microscope pour donner la preuve de l'existence de fongosités. M. Doléris semble ne pas attacher une grande importance à la distinction de la nature de l'endométrite. La distinction est importante, car nous n'irons pas jusqu'à admettre que l'on doit écouvillonner une membrane qui n'a subi que le premier degré de l'inflammation. On guérit les endométrites par l'emploi de moyens doux, simples, parfaitement inoffensifs, et il n'est pas démontré qu'avec le curage et l'écouvillonnage on obtienne des résultats plus rapides. M. Doléris regarde ainsi comme absolument inoffensif le manuel opératoire dans lequel il saisit le col de l'utérus avec une griffe pour l'amener au dehors ! Je ne prétends pas qu'il y ait grand danger à agir ainsi, mais s'il a injecté les vaisseaux lymphatiques du museau de tanche, il a pu reconnaître qu'il est bien difficile de ne pas en déchirer quelques-uns, quand on pique cette partie soit avec une pince à griffe, soit avec un ténaculum. J'ai vu se produire l'adéno-phlegmon juxta-pubien après une moucheture du col faite avec la pointe d'un bistouri. D'ailleurs, ni l'abaissement de la matrice, ni le spéculum, ne sont nécessaires pour pratiquer le curettage de l'utérus. Rien n'est plus facile, quand on est un peu exercé, d'introduire la curette dans la matrice en la guidant sur le doigt indicateur, et l'on obtient une fixité suffisante de l'organe pour opérer efficacement l'extirpation des fongosités en maintenant l'utérus à l'aide de la main gauche appliquée sur la paroi abdominale.

En résumé, le curettage de la matrice dans les cas de métrite fon-

gueuse, quand les fongosités font une saillie appréciable à la surface de la métrite utérine, est indiqué. C'est une opération facile qui, si elle n'est pas sans danger, a le mérite incontestable de guérir une maladie qui résiste aux autres moyens thérapeutiques.

L'endométrite simple ne réclame pas une opération qui est d'autant plus dangereuse que l'inflammation est plus récente. Elle cède au traitement antiphlogistique combiné avec les injections antiseptiques et caustiques.

Pajot. — En ce qui concerne l'abaissement et le curage de la matrice, je me rallie entièrement à l'appréciation qu'a faite M. Guérin de ces deux pratiques. Je tiens ensuite à bien préciser que dans la discussion actuelle il s'agit d'endométrites. Or, d'après ce que j'ai vu au cours d'une pratique de trente ans, je crois qu'il en existe 4 variétés principales.

a) *Endométrite commune.* — On l'observe 95 fois 0/0. Elle est caractérisée par l'écoulement d'un mucus variable d'aspect. Quelquefois il est constitué par une sorte d'humeur hyaline, un peu opaque, ayant la couleur du verre dépoli. Mais le plus souvent il est glaireux, jaune-verdâtre. Parfois l'hypersécrétion est telle que la femme est obligée de se garnir comme pendant les règles.

b) *Endométrite végétante.* — La muqueuse est irrégulière, semée de granulations et de saillies sur la texture et la pathogénie desquelles je ne veux pas insister ici.

c) *Endométrite hémorrhagique.* — Ce doit être une métrite très ancienne, au cours de laquelle la muqueuse utérine a acquis cet état fongueux qui explique la fréquence des hémorrhagies, *les queues de règles* ainsi que je les ai appelées.

d) *Endométrite inflammatoire aiguë.* — Variété la plus rare. A l'examen au spéculum on constate un état inflammatoire intense : Ce sont ces cols qu'en raison de leur injection vive, j'ai aussi appelés autrefois *cols de la légion d'honneur.* Eh bien, je dis que sur 100 femmes on en guérit 95 sans qu'il soit besoin d'abaisser l'utérus *et de dilater le col.* Au début, des injections émollientes, continuées pendant quelques jours, pour faire tomber la congestion. Puis, pendant l'époque inter-menstruelle, on tâche de modifier la muqueuse utérine, au moyen de la cautérisation interne. Dans les cas rebelles, j'emploie des solutions de nitrate d'argent très concentrées (Eau et nitrate d'argent à parties égales, ou 1 partie d'eau pour 2 de nitrate d'argent). Enfin, pour

les métrites invétérées, à forme hémorrhagique principalement, j'ai recours quelquefois au cautère actuel.

Mais il est une précaution indispensable pour réussir. Absterger d'abord très soigneusement la muqueuse pour que la cautérisation porte directement sur le tissu qu'elle est appelée à modifier (1).

DOLÉRIS. — Il se réserve de répondre complètement dans une prochaine séance à ses contradicteurs. Pour l'instant, il se borne à répéter, qu'à son avis, il convient de panser la plaie sur la plaie. On dit qu'il fait fi du traitement interne. Non ! Il l'accepte et il en use, mais il commence par le traitement local. Cela lui paraît plus rationnel. Quant aux procédés (abaissement de la matrice, dilatation du col), qu'on attaque, ce ne sont pas les siens, ce sont ceux de maîtres beaucoup plus âgés, plus expérimentés que lui. Enfin, pour fournir un moyen de comparaison entre les résultats obtenus à l'aide d'une thérapeutique intra-utérine décidée et ceux de la thérapeutique préconisée par ses contradicteurs, il publiera IN-EXTENSO ses nombreuses observations.

VERRIER. — Il lit un travail, basé sur des recherches bibliographiques, duquel il semble résulter que conformément à l'opinion exprimée par Martineau, la blennorrhagie de l'utérus constitue un fait rare. Le diagnostic ne doit être affirmé qu'après constatation dans les liquides sécrétés des gonococcus spécifiques.

LABUSQUIÈRE. — **Rétention de placenta suivie de phénomènes infectieux graves, extraction du délivre, guérison.** Le 25 janvier j'étais appelé en consultation, par le Dr Jacquin, auprès d'une de ses clientes. Agée de 24 ans, de bonne santé habituelle, régulièrement menstruée et mariée depuis peu, cette dame, après une suppression de règles de quatre mois environ, fit dans la nuit de 18 janvier le 1er temps d'une fausse couche, *expulsion de l'embryon.* Le placenta resta retenu dans la matrice. Très au courant des précautions antiseptiques, le Dr Jacquin pratiqua lui-même, dès le lendemain et, 2 fois par jour, des injections vaginales avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée. De plus il fit appliquer sur la région vulvaire une large compresse imbibée de la solution, avec recommandation formelle de la maintenir constamment en place, prescription qui ne fut qu'à demi suivie. Dès le 4e jour après

(1) Voir in Ann. de Gyn. et d'obstétrique. Avril 1886, p. 272 et suiv.

l'expulsion de l'embryon, l'état général déclina. Céphalalgie, sentiment de lassitude, anorexie, accélération du pouls... de plus l'écoulement qui se faisait par le vagin prenait de l'odeur. Le 25 janvier, voici quelle était la situation. Je fus d'abord saisi par la forte odeur de putréfaction qui régnait dans l'appartement qui, petit, était surchauffé par un grand poêle en fonte. Dans la nuit, la femme avait expulsé un gros caillot. Je fus très frappé par l'altération profonde de sa physionomie. Facies grippé, narines minces, effilées, les yeux caves, cerclés de noir, la voix était absolument éteinte. Peau sèche, brûlante, pouls entre 135 et 140. Langue pourtant assez humide. Dans la nuit violents frissons avec claquement de dents. Il s'en produisit un nouveau, violent aussi, au début de la consultation. Après avoir découvert la malade, je constatai que la compresse qui aurait dû recouvrir la région vulvaire, se promenait loin de là. Les draps maculés de sang, n'avaient pas été changés suivant la nécessité. Ecoulement vaginal extrêmement fétide. Du côté de l'abdomen, météorisme très léger. Pas de point particulièrement douloureux à la pression.

Rien du côté des poumons, du cœur, des articulations.

En résumé, *état général infectieux très grave sans déterminations locales, apparentes du moins.*

Le toucher permit de constater que l'utérus était fortement abaissé et que l'orifice externe était notablement dilaté par un caillot qui faisait saillie dans le vagin.

La femme ayant été placée dans la position obstétricale, je cherchai d'abord avec l'index de la main droite, tandis que la gauche appliquée sur la paroi abdominale abaissait la matrice, à dégager le caillot qui obstruait le col, ce à quoi je parvins aisément. J'introduisis alors l'index dans la cavité utérine et je ne rencontrai de résistance qu'au niveau de l'orifice interne qui céda néanmoins assez vite à une pression prudente et continue. Il me fut facile alors d'explorer méthodiquement la cavité utérine, et de constater que le placenta était situé sur la paroi latérale droite et qu'il était un peu décollé dans sa portion supérieure. Je pus compléter le décollement et opérer l'extraction du délivre en quelques minutes. Il était dans une certaine portion de son étendue réduit à l'état de putrilage.

Immédiatement après l'extraction, injection abondante et douce avec de la liqueur de Wan Swieten. L'injection fut renouvelée le

soir et les deux jours qui suivirent, la compresse vulvaire fut soigneusement maintenue en place.

Dès le lendemain, l'écoulement avait perdu toute odeur. Huit jours après la femme était méconnaissable. Elle avait entièrement recouvré son état de santé habituel.

L'enseignement qui ne paraît se dégager de ce fait, c'est que :

1° Le médecin ne saurait jamais trop s'appliquer à ce que toutes les précautions, sans le concours desquelles il ne peut y avoir de méthode antiseptique, soient rigoureusement prises.

2° Si pour les cas de rétention avérée du placenta après l'avortement, on n'adopte pas le principe de l'intervention immédiate si résolument posé par M. Doléris, au moins faut-il s'inspirer de la formule de Pajot : « *La limite de l'expectation, c'est l'apparition de l'odeur*. Dès ce moment, la vie de la femme est en danger, *il faut extraire le placenta à tout prix*, sauf la violence. »

Sans doute, dans le cas actuel, malgré la temporisation, l'issue a été heureuse, Mais, devant l'état général de la femme, ni mon confrère, ni moi n'aurions eu l'idée, même après l'extraction du placenta, d'affirmer la guérison.

Quant au mode d'intervention que j'ai adopté, j'y ai eu recours pour deux raisons : *a*) l'abaissement si marqué de l'utérus ; *b*) la présence dans le col d'un gros caillot qui avait fait l'office d'un appareil dilatateur.

LOVIOT **relate un cas de menstruation précoce.** Il s'agit d'une petite fille, âgée aujourd'hui de quatre ans dix mois, qui depuis sept mois perd du sang tous les mois pendant trois jours. La perte avance de 3 jours chaque mois et se reproduit avec les mêmes caractères de qualité et de quantité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mars.

CHARPENTIER. Il lit un rapport sur un travail de M. Queirel (Marseille), ayant pour titre : **Du choléra chez les femmes grosses.** Le travail est basé sur un ensemble de 67 observations, dont 37 personnelles à l'auteur.

Sur les 67 femmes observées, il y a eu 39 morts, soit 58 0/0. Chez 29, la grossesse a été interrompue, soit 43 fois 0/0, 20 de ces femmes sont mortes, ce qui donne comme chiffre de mortalité

96 0/0, 38 femmes, soit 57 0/0, ont mené la grossesse à terme; 19 d'entre elles sont mortes, c'est-à-dire 50 0/0.

Ces chiffres confirment ce fait, constaté déjà par les auteurs (Bouchut, Hennig, Drasche) de la gravité du choléra chez les femmes grosses et de la fréquence de l'interruption de la grossesse. Il ressort en outre de l'analyse des observations, que l'expulsion prématurée de l'œuf est d'autant plus commune que la grossesse est plus avancée. La plus souvent, elle survient au second jour de l'attaque cholérique, mais il existe à ce point de vue des écarts assez considérables. Plusieurs facteurs concourent à mettre en jeu la contractilité utérine : *a*) l'action réflexe; *b*) les crampes utérines qui se produiraient au même titre que les crampes des membres, *c*) la toxémie; *d*) les troubles de la circulation fœto-placentaire. M. Queirel ayant, au cours de son travail, examiné l'influence que peut avoir sur la mort du fœtus l'hyperthermie ou l'hypothermie chez la mère, M. Charpentier déclare, que des recherches antérieures entreprises à son instigation par Doré et Doléris, il résulte que les oscillations thermométriques n'ont qu'une influence médiocre ou nulle; mais qu'au contraire l'état infectieux de l'organisme maternel joue à ce point de vue le rôle essentiel.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 février.

M. Dumontpallier communique les résultats d'une expérience relative à **l'analgésie hypnotique dans le travail de l'accouchement.** Ayant dans son service, une femme âgée de 24 ans, hypnotisable et en état de grossesse, il la soumit dès le 6e mois de la gestation à une sorte d'entraînement, afin qu'elle fût au moment du travail aussi accessible que possible à l'hypnotisation, et cela, dans le but d'étudier l'influence de celle-ci sur la marche naturelle du travail. Les résultats de cette observation ont été les suivants :

L'état somnambulique a pu déterminer chez cette femme, qui était primipare, pendant la première période de l'accouchement une analgésie complète. Pendant la seconde période, l'analgésie complète n'a été qu'intermittente, les contractions énergiques étaient ressenties. Enfin, durant la 3e période, les tentatives d'hypnotisation ont échoué.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances du 23 février et du 23 mars.

M. Pozzi relate une opération de **fistule urétéro-vésico-vaginale**, dont il a obtenu la guérison radicale. La fistule datait de 11 ans et avait été opérée 11 fois sans succès et à l'aide de la sonde urétérale de Pawlick qu'il put enfoncer de 21 centim. dans la portion supérieure de l'uretère lésé. M. Pozzi reconnut le triple caractère de la lésion. Pour obtenir l'oblitération de la fistule, il eut recours au procédé de Gerdy, et, en conséquence, tailla aux dépens de la cloison vésico-vaginale deux lambeaux latéraux qui furent ensuite affrontés au moyen de sept points de suture. La guérison fut radicale.

M. Trélat.— Deux fois, dans des conditions analogues, il aviva la paroi vaginale à quelque distance des limites de la fistule. L'affrontement des parties avivées amena le refoulement dans la vessie des tissus circonscrits par l'avivement. Guérison.

M. le Fort. — **Inversion utérine**, traitement par la ligature élastique; guérison. Le cas se rapporte à une femme, qui était accouchée pour la première fois en 1886. A partir de cette époque, elle fut sujette à des urétrorrhagies et à des douleurs qui allèrent en augmentant.

L'utérus était fortement prolabé. Le 21 juin, M. Le Fort serra fortement le pédicule de la tumeur, constitué par le col même de l'organe, dans 5 ou 6 tours d'un lien élastique. La femme ressentit des douleurs pendant les deux heures qui suivirent cette intervention. La portion de la matrice située au-dessous du lien constricteur se détacha le 3 août. Convalescence parfaite. Cessation des hémorrhagies. Encore quelques douleurs aux époques menstruelles. En somme, retour à peu près complet à la santé.

Polaillon. — **Création d'un vagin artificiel**. Il s'agit d'une personne de vingt et un an, qui, chaque mois, éprouve des douleurs abdominales, mais n'a jamais eu d'éruptions menstruelles. A l'examen on constate l'absence d'orifice vulvaire. Par le palper, on reconnait l'utérus, mais entre cet organe, le rectum et le plan résistant qui remplace la vulve, on ne trouve aucune trace de vagin. M. Polaillon se décide à aller à la recherche de l'utérus en créant un vagin artificiel. Première séance, le 23 mars. Incision et dédou-

blement de la cloison recto-vésicale avec le doigt et la spatule mousse. Tamponnement avec de la gaze iodoformée et lavages avec du sublimé. Malgré le tamponnement, les parois de ce vagin artificiel montrent une grande tendance à se rétracter. Deuxième séance, le 15 avril. Décollement jusqu'à l'utérus, dont le col peut être saisi et fixé. Comme il n'y a pas d'orifice externe, on en pratique un à l'aide d'un scarificateur et d'un lithotome à deux lames. Il s'écoule un demi-verre d'un liquide noirâtre et sans odeur. Pour lutter contre la rétraction des parois, on place 5 gros drains en caoutchouc qui ne remplissent qu'imparfaitement le but poursuivi; on les remplace plus tard par le pessaire à air. Le vagin est maintenant assez large pour permettre la copulation. Les douleurs abdominales périodiques sont notablement atténuées, mais les règles ne se sont pas établies.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 2 *mars* 1887 (1).

Discussion sur la **Galactorrhée** (1).

M. Duncan. — La lactation est une fonction importante qui mérite plus d'attention qu'on ne lui en accorde. Quant à la galactorrhée, il en existe plusieurs espèces. On pourrait, bien qu'on ne le fasse point, désigner sous ce nom cet allaitement prolongé qui conduit à un état de dépression et de mélancolie. Dans le cas rapporté par Gibbons, l'écoulement n'était pas très considérable. Il correspondait à peu près à la quantité excrétée normalement par une nourrice saine qui allaite. Il a vu chez une jeune femme, bien portante, le lait se répandre en si grande quantité qu'il traversait les objets de literie et se répandait sur le parquet ; il s'en écoula ainsi plusieurs pintes pendant plusieurs jours, mais non pendant plusieurs semaines. Il se produit chez de jeunes femmes pléthoriques une autre espèce de galactorrhée. On voit le lait s'échapper par la glande inoccupée tandis que l'enfant tette après l'autre. Le caractère d'unilatéralité relevé dans le cas de Gibbons est intéressant, mais ne constitue pas un fait rare. La guérison de l'affection qui coïncida avec l'apparition des règles, doit bien être attribuée à l'éruption mens-

---

(1) Voir in Ann. de Gyn. et d'obstétrique. Mars 1887, p. 214.

truelle. Ces deux fonctions en effet, — lactation et menstruation — alternent l'une avec l'autre.

Cleveland. — Il existe un trouble spécial de la lactation auquel convient davantage l'étiquette « *d'incontinence de lait* » que celle de *galactorrhée*. Dans cet état, l'enfant au sein, crie plus qu'il n'est coutume et cela parce qu'il n'est pas rassasié ; il dort mal et ne profite pas. Quand une femme, primipare, est atteinte de ce genre de galactorrhée, elle n'est pas apte à faire une bonne nourrice. Il semble qu'il y ait défaut de proportion entre l'activité sécrétoire de la glande et la capacité des canaux galactophores. Dès que la succion s'exerce, le lait afflue trop vite, se perd et par suite la nourriture de l'enfant est insuffisante.

Routh. — Il aurait fallu, sous le rapport du traitement, insister sur la compression locale. Chez une dame, la galactorrhée s'établit après que son enfant eût été sevré et l'écoulement persista plusieurs années. Après trois ans, il se limita à un sein. Il diminua alors sous l'influence de la compression locale, mais ne s'arrêta complètement que lorsqu'on se fût avisé de traiter la matrice. Il existe en effet une solidarité physiologique et pathologique étroite entre l'utérus et les mamelles. La névralgie du sein, connexe d'une maladie ovarique ou utérine, ne cesse que lorsque le traitement a été dirigé du côté de l'ovaire ou de la matrice. L'introduction dans la cavité utérine d'une substance caustique aurait pu précipiter l'apparition des règles et par suite hâter aussi la guérison qui suivit leur écoulement spontané.

Sutton. — Il a vu chez la vache, la galactorrhée associée à une affection tuberculeuse de l'ovaire. Chez un cabri qui présentait une galactorrhée unilatérale, il existait un kyste de l'ovaire du même côté.

H. Smith. — La discussion actuelle aura pour résultat de nous engager à examiner dans les cas analogues plus attentivement l'état des ovaires et de l'utérus.

Collins. — Il a vu la lactation s'établir chez des enfants mâles ou femelles. Il serait intéressant de savoir quel était, dans le cas rapporté par Gibbons, l'état du sein, la galactorrhée une fois supprimée. Y avait-il atrophie? En raison de l'analogie qui existe entre la sécrétion lactée et la sécrétion salivaire, il semble que dans ce cas la galactorrhée fût d'origine paralytique.

Gibbons. — L'unilatéralité, dans le cas actuel, était si complète

qu'il était impossible de faire sourdre à la pression une seule goutte de lait de l'autre sein. La galactorrhée supprimée, la glande avait un aspect tout à fait normal (British med. Journ. Mars 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN.

Séance du 26 novembre 1886.

Présentations : LOHLEIN. — **Placenta provenant d'une femme atteinte d'albuminurie.** Outre plusieurs cotylédons erratiques, cette pièce présente un certain nombre d'extravasations sanguines, les unes anciennes, les autres récentes. Elle provient d'une femme âgée de trente ans, secondipare, qui, au huitième mois environ de sa seconde grossesse, présente tout à coup les phénomènes cliniques d'une néphrite gravidique aiguë. Jusqu'au 15 novembre, santé parfaite. Depuis ce moment, urines foncées, œdème vulvaire, dyspnée, douleurs lombaires, céphalalgie gravative. Affaiblissement des mouvements du fœtus. Le 17, l'urine se prend en masse après ébullition, affaiblissement des mouvements fœtaux, qui néanmoins sont encore parfaitement perceptibles. Dans l'intérêt de l'enfant et pour prévenir autant que possible l'apparition de l'éclampsie, accouchement prématuré. Douches vaginales chaudes. Le 18 novembre à midi 1/4, rupture de la poche des eaux. A 6 h. 1/2 du soir, expulsion d'un enfant de sexe féminin, vivant. A 11 hres 1/2, premier accès éclamptique. Jusqu'au lendemain, à midi, il y en eut en tout 5. Le 20 novembre, le retour à l'intelligence est complet. Le 22, il y a encore beaucoup d'albumine dans l'urine ; l'appareil d'Esbach donne le chiffre de 7 0/00. A partir du 24, diminution rapide de l'œdème et de l'albuminurie; la proportion de l'albumine n'est plus que de 1/4 0/00.

Bien qu'on n'ait pas réussi à prévenir l'apparition des accès éclamptiques, Löhlein pense que l'accouchement prématuré a eu, pour la malade, l'avantage de substituer à une éclampsie gravidique une éclampsie post-partum. L'expérience clinique a démontré que celle-ci est moins terrible que l'autre.

FLAISCHLEN. — **Kyste de l'ovaire papillomateux et bilatéral.** L'opérée est une jeune personne de dix-neuf ans. Quatre mois auparavant, elle avait déjà subi la laparotomie. Mais le chirurgien qui

l'opéra alors ayant, après avoir ouvert la cavité abdominale, constaté que l'intestin, au voisinage de la tumeur du côté droit, était semé d'une grande quantité d'excroissances semblables à des œufs de poisson, crut qu'il s'agissait d'une affection maligne, et referma le ventre sans poursuivre l'opération.

Examen actuel : Du côté droit, on trouve une tumeur du volume du rein, complètement mobile. A gauche, deuxième tumeur, du volume à peu près d'une tête d'enfant, plongeant fortement dans l'excavation pelvienne, immobile, et paraissant intra-ligamentaire. Pas de nodosités appréciables ni sur l'épiploon, ni dans le cul-de-sac de Douglas. Le 12 novembre, *laparotomie*. Après l'ouverture du ventre, écoulement d'une grande quantité de liquide ascitique, sanguinolent. A la surface de l'intestin, on vit un grand nombre de granulations rougeâtres, rappelant un peu des grains de sagou ; néoformations de bonne nature sans doute et développées sous l'influence de l'irritation péritonéale causée et entretenue par le voisinage des deux tumeurs. Dans les intervalles laissés par ces granulations, il y avait des condylomes aigus, petits, blanchâtres, aussi de nature bénigne, et le résultat vraisemblablement d'une infection ayant son foyer d'origine dans la tumeur papillomateuse. Comme quelques faits cliniques enseignent que de telles néoformations restent parfois stationnaires, subissent même un mouvement de régression, après que la cause première de l'irritation a été écartée, les deux tumeurs principales furent extirpées. Convalescence ininterrompue. De l'examen histologique, il ressortit en outre que ces 2 tumeurs n'étaient pas de nature maligne.

Il y aura maintenant grand intérêt à savoir si la femme dont il s'agit va continuer à se bien porter, ou si elle ne va pas redevenir malade à l'occasion d'une récidive qui aurait son point de départ dans les néoformations disséminées sur la séreuse intestinale.

Schröder. — **Un nouveau-né admirablement développé, pesant 4.200 grammes**, que trois heures auparavant, il a amené au monde après section césarienne. La mère a un bassin rachitique, dont le diamètre conj. diag. mesure 7 1/2 cent. Qu'eût en ces conditions amené l'avortement provoqué ? Une crâniotomie très laborieuse pratiquée sur un enfant vivant. Au cours de l'opération Schröder a remarqué qu'aussi longtemps que l'utérus est resté exsangue sous l'influence du lien élastique constricteur, il ne s'est pas contracté

mais que la contraction utérine a reparu pour devenir de plus en plus forte quand le lien a été retiré.

WINTER. — *a*) **Utérus sur la paroi postérieure duquel existe une perforation** produite pendant les tentatives d'un avortement criminel. Il provient d'une femme, âgée de 24 ans, qui mourut d'une péritonite infectieuse généralisée, le sixième jour après les manœuvres abortives.

b) **Un certain nombre de préparations microscopiques,** faites avec le tissu du moignon d'un myome enlevé l'été dernier à une femme qui mourut 6 jours après l'opération, de péritonite. Le pédicule avait parfaitement tenu. On saisit sur ces préparations le premier stade de résorption des fils de catgut. Ces fils divisés déjà en leurs fibrilles constitutives, sont entourés de globules blancs, lesquels se sont également infiltrés dans les intervalles des fibrilles.

LIMAN. — **De l'avortement criminel**. Après avoir traité le côté juridique de la question, Liman définit l'avortement « *l'interruption violente de la grossesse, qui provoque l'expulsion prématurée de l'œuf, indépendamment de l'âge, de la viabilité, du degré de développement du fœtus* ».

La démonstration rigoureuse du fait de l'avortement criminel n'est possible que sur le cadavre. L'opinion émise par Gallard que, lorsque l'avortement survient spontanément durant les 3 premiers mois de la grossesse, l'œuf serait expulsé en bloc, les membranes restant absolument intactes, tandis que dans l'avortement criminel les membranes seraient toujours déchirées, est laissée indécise par l'auteur.

L'avortement doit se produire, au plus tard, dans les 12 jours qui suivent les manœuvres abortives. Cette période passée, on n'a plus le droit de le mettre sur le compte de ces tentatives.

Quand à la suite d'un avortement on voit apparaître des phénomènes de septicémie, ils doivent éveiller dans l'esprit le soupçon d'un avortement artificiellement provoqué (Cent. für Gynäk., nº 1, 1887). R. LABUSQUIÈRE

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK.

Séance du 18 *janvier* 1887.

SIMS présente **un bout d'intestin en voie de réparation**. — La malade avait subi l'opération de TAIT. Cinq jours après elle fut

prise de tympanite et d'une constipation invincible. Sims fit une seconde ouverture au-dessus de la première, dénoua le valvulus, et fut obligé de faire de larges ponctions dans l'intestin, qu'il sutura. L'opérée mourut au bout de cinq heures. L'intestin était déjà en voie de réparation, et les sutures étaient couvertes de lymphe plastique.

FREEMAN. — **L'électrolyse dans le traitement des fibromes utérins.** L'auteur a remarqué que, après deux ou trois séances, la tumeur devient plus molle. La malade dont il raconte l'histoire a succombé ; mais il en a traité d'autres avec succès.

EMMET croit que, lorsque le traitement électrolytique est assez puissant pour désagréger la tumeur, il cause en général une péritonite et la mort de la malade.

SIMS a eu un cas de succès ; la tumeur a diminué des 2/3.

WYLIE fait remarquer que ces tumeurs, arrivées à un certain degré de développement, tendent à diminuer, surtout après la ménopause. Il cite plusieurs cas.

BYRNE a employé ce traitement avec un appareil de la force de 500 milliampères appliqués pendant 10 minutes, quoique Aspotoli affirme qu'il ne dépasse jamais 200. Après la cinquième séance, la malade fut prise de péritonite. Quelque temps après, la tumeur sortit par le cul-de-sac postérieur. L'électricité avait sans doute détruit ses connexions vasculaires.

EMMET a observé la même diminution de volume lorsque, par un moyen quelconque, comme l'application des éponges, il a réussi à exciter de fortes contractions utérines. D'après les documents statistiques qu'il a réunis, 19 0/0 des tumeurs ont disparu après la ménopause, ou n'ont plus été perçues par les malades.

FREEMAN affirme avoir employé l'électrolyse un très grand nombre de fois ; mais non pour des tumeurs molles.

Séance du 1er février 1887.

POLK présente **une aiguille à anévrysme avec articulation mobile, pour l'hystérectomie vaginale** ; utile, selon lui, pour la ligature de l'artère utérine.

HANKS présente une **seringue pour laver la cavité abdominale** ; les soupapes sont remplacées par des *clamps*.

CHAMBERS fait l'éloge de cet instrument, qu'il a employé.

Rate flottante, splénotomie, guérison par POLK. La rate était attachée à un long pédicule, elle était fortement adhérente au côlon descendant. Le sang de l'opérée n'a subi aucun changement.

NILSEN a vu l'opérée; elle a fort bon visage.

MUNDÉ, président, demande si l'on ne pourrait pas faire la splénotomie chez les leucémiques, lorque le traitement médical a échoué.

CHAMBERS croit que c'est la seule chance de salut pour la malade.

FOWLER a souvent enlevé la rate à des chiens; ils ont tous succombé après avoir présenté une voracité surprenante; c'est un fait physiologique curieux, qu'une malade aille mieux, après l'extirpation de la rate.

NILSON a observé que la malade est plus irritable depuis l'opération.

COE croit que la rate doit s'être atrophiée, ou qu'elle ne fonctionnait pas normalement, de sorte que son ablation n'a pas troublé considérablement l'organisme. Presque toutes les splénotomies heureuses ont été faites pour un déplacement de la rate. Quand, au contraire, on l'a faite pour une leucémie, elle a presque toujours été mortelle. 16 morts ont été rapportées jusqu'en 1882.

MUNDÉ, répondant à POLK, ne voit pas pourquoi, si la rate est seule malade, on n'en ferait pas l'ablation.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 6 *janvier* 1887.

Une année d'ovariotomie (1). — GOODELL a fait 59 laparotomies, sur lesquelles 39 ovariotomies, avec 3 morts.

L'une des opérées est morte sur la table. C'était un cas désespéré, un kyste intra-ligamenteux, adhérent de tous les côtés. Dans un autre cas, la mort est due à une obstruction intestinale; la malade portait un fibrome et des kystes ovariques pesant 16 livres, Goodell enleva les deux ovaires.

Dans le troisième cas, la mort a été causée par une maladie maligne des deux ovaires; l'opération n'a pu être complète. Goodell croit néanmoins, comme Schröder et Martin, qu'il faut

(1) Ce mémoire sera publié *in extenso* dans le *Medical News*.

opérer les malades porteuses de kystes malins des ovaires, car l'opération peut prolonger leur existence.

Il n'a refusé d'opérer qu'une fois, dans un cas d'épithélioma du col. Il a rencontré 21 fois des adhérences, qu'il attribue à ce que les malades ont tardé à se faire opérer. Il a fait 20 fois l'ovariotomie double parce qu'il enleva le second ovaire dans les cas douteux ou malins, chez toutes les femmes ayant passé la ménopause et lorsque la malade le demanda.

GOODELL fait le pansement de Keith, avec la glycérine phéniquée au septième.

PARISH raconte quelques cas où la ponction faite dans un but diagnostique, a eu des inconvénients graves, et un cas dans lequel « un médecin bien connu » a ponctionné un utérus gravide de 5 mois, contenant deux fœtus. La malade avorta.

Dans un autre cas, on ponctionna, sans avoir reconnu la grossesse, une vessie distendue et un utérus gravide.

PARISH croit qu'on pratique trop souvent la ponction dans un but diagnostique.

H. A. KELLY attribue les succès actuels des Américains aux précautions antiseptiques. La ponction est parfois dangereuse. Le pansement de Keith lui a rendu de grands services.

GOODELL répondant à une question de BAER dit qu'il a opéré pendant les règles, l'opération étant urgente ; elle n'a pas eu un effet perceptible sur l'écoulement.

J. PRICE cite les statistiques de quelques hôpitaux : Le département spécial de l'Hôpital général de Birmingham, de janvier 1878 à septembre 1885 a eu 31,4 morts 0/0, l'Hôpital pour les femmes de Birmingham 7,1 0/0 après l'ovariotomie,

Pendant la même période, sur 85 opérations intra-abdominales dans le département spécial, la mortalité a été de 21, soit 24.7 0/0.

A l'hopital des femmes, 632 cas, 49 morts, soit 7.7 0/0.

Les cas de KEITH, *avec le spray phéniqué,* donnent.

21 ovariotomies......................	3 morts.
2 hystérectomies pour fibromes..............	2 guérisons.
1 opération de Battey......................	1 mort.

Total, 24 cas, 4 morts = 16.66 0/0.

Avec le *spray boroglycérique :*

1 ovariotomie double avec hystérectomie.....	1 mort.

1 hystérectomie pour un fibrome	1	guérison.

Total, 1 guérison, 1 mort.

Sans spray :

47 ovariotomies	1	mort.
7 hystérectomies pour fibromes	0	—
1 opération de Battey, pour fibrome	0	—
1 grossesse interstitielle	0	—
Soit 56 cas	1	—

MONTGOMERY n'approuve pas la ponction des kystes du ligament large.

Suivant GOODELL, si la statistique de Keith s'est améliorée, ce n'est pas parce qu'il a abandonné le *spray*, mais parce qu'il opère mieux (*he has grown to his work*).

Toutes les tumeurs ovariques ne sont pas, comme on l'a dit, malignes, mais il faut les enlever, aussitôt qu'on les découvre.

Ch. MEIGS WILSON **rapporte trois cas heureux d'opération de Tait,** les premiers d'une série dans laquelle on n'a pas employé l'acide phénique pour les intruments, ni le *spray*. On a lavé les instruments dans de l'eau commune bouillie dans les deux premiers cas, et dans du sublimé 1.000 dans le troisième. Le pansement a été celui de Keith. Le premier cas est un fibro-myome utérin, le second une hystéro-épilepsie ; la malade opérée le 3 octobre 1886 n'a plus eu d'accès. Le troisième cas est un pyo-salpinx tuberculeux. On a trouvé des bacilles dans le pus. La tuberculose pulmonaire semble arrêtée dans sa marche.

Hydro-salpinx par H. A. KELLY. L'auteur a enlevé les deux trompes. Cinq jours après l'opération, la malade va parfaitement.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 1er octobre 1886.

Dans son discours, le Président A. F. A. KING, effleure un grand nombre de sujets, les soins à donner dans l'accouchement, la mastite puerpérale, le bandage de corps, la délivrance et l'administration de l'ergot avant la sortie du placenta, la ligature et le pansement du cordon, l'ictère des nouveau-nés, l'entrée de l'air dans l'utérus, la rétention du placenta.

A ce propos, il cite un passage de Meadows, qui dit que, lorsque le placenta est encore attaché à l'utérus, le cordon est le siège de pulsations. Puis il parle des antiseptiques, du décubitus obstétrical, des circulaires du cordon, des nouveaux instruments obstétricaux, du forceps Tarnier et de ses imitations. A ce propos, il s'étonne qu'on n'ait qu'un forceps pour extraire la tête dans toutes les positions. En gynécologie il dit quelques mots sur les maladies ovariques et utérines, si communes de nos jours; des déplacements utérins, de la dysménorrhée, dont la nature est si peu connue et le traitement si peu effectif.

FORD THOMPSON. — **Un cas d'oophorectomie.** La malade avait été traitée par l'homœopathie pour une maladie du rectum. Pendant l'examen, la malade, anesthésiée, eut un haut-le-cœur, et la tumeur disparut. Quelques jours plus tard, Thompson fit la trachélorrhaphie bilatérale, sans que la malade fût soulagée.

Oophorectomie, le 18 juillet; mort le 20. La partie inférieure de l'incision était gangrénée, ainsi que l'ovaire droit.

J. T. JOHNSON regrette que l'opération n'ait pas été faite aussitôt après la rupture du kyste.

BUSEY, qui a vu la malade, n'est point surpris qu'elle ait succombé. Il blâme l'emploi du mot oophorectomie pour indiquer l'opération de Battey et celle de Tait, qui sont très différentes.

HAGNER insiste sur les dangers des abus du coït, et du coït incomplet. Le médecin doit donner des conseils au sujet des rapprochements.

Séance du 5 novembre 1886.

Ch. E. HAGNER. — **Hémorrhagie grave, 21 jours après l'accouchement.** La malade avait déjà eu un enfant et une adhérence du placenta, avec une contraction tétanique causée peut-être par l'ergot administré comme Hagner le fait toujours, aussitôt après la sortie de la tête.

Le 5 juillet, Hagner appelé auprès d'elle, et voyant les douleurs inefficaces, appliqua le forceps au détroit inférieur, la parturiente s'éthérisant elle-même. Extraction aisée, fille vivante, ergot. Contraction en clepshydre et extraction du placenta complet avec toutes les membranes.

L'accouchée garda le lit jusqu'au 11e jour. Forte perte le 14e jour, ergot et opium. Retour de l'hémorrhagie, le 21e jour; tampon per-

chloruré, ergot, le lendemain, extraction d'un caillot gros comme une orange; nouvelle application de perchlorure. L'accouchée n'a pas eu de lait.

G. W. Cook croit que le corps étranger extrait par Hagner est un cotylédon placentaire retenu au fond de l'utérus par la contraction irrégulière.

Telle est aussi l'opinion de Busey.

A. F. A. King, président, demande si l'ergot ne peut pas être la cause de la contraction en clepshydre. Il croit aussi à l'existence d'un placenta *succenturié*.

Busey donne de l'ergot aussitôt après la sortie de la tête, puis il presse sur l'utérus.

S. S. Adams, de même, comme le recommande F. Barker.

T. C. Smith croit que le corps extrait le 21e jour était un caillot, que l'utérus, relâché par l'éther, n'a pu expulser, et que l'ergot a emprisonné en produisant la contraction irrégulière.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 17 *décembre* 1886.

H. T. Byford présente un **cystome ovarique proliférant** enlevé par W. A. Byford.

L'opérée s'est parfaitement remise.

Kyste paraovarique compliquant un fibrome utérin gros comme la tête d'un enfant de 2 ans.

Kyste du ligament large, contenant l'ovaire dégénéré.

Adénome ovarique suppuré, autopsie. — La malade avait été opérée par W. H. Byford pour une tumeur ovarienne. L'iléum était rétréci, et le rein droit dilaté.

Fibro-sarcome de la corne utérine gauche, des poumons, de la plèvre, du péricarde, du rectum, du côlon entier et des parois abdominales.

W. W. Jaggard présente les pièces suivantes :

Un kyste uniloculaire de l'ovaire droit renfermant le corps jaune menstruel.

Un placenta avec une insertion vélamenteuse présentant les restes d'une hémorrhagie parenchymateuse. L'enfant, quoique faible et petit, vit encore.

J. H. ETHERIDGE, présente une malade atteinte **d'entérocèle vaginale antérieure.** Un pessaire de Fowler maintient l'intestin réduit, et Etheridge ne recommande pas d'opération.

P. ADOLPHUS reconnaît que ces hernies s'étranglent rarement. Il propose une opération pour la cure radicale, car elles peuvent être meurtries pendant l'accouchement.

H. T. BYFORD préfère le pessaire.

Le secrétaire, E. W. SAWYER lit sur une lettre de SÄNGER sur **l'étiologie, la pathologie et la classification de la salpingite.** L'auteur reconnaît trois groupes de salpingite.

I. **Salpingite produite par des microbes spécifiques.**

1°) Salpingite gonorrhéique (gonococcus de Neisser).

2°) Salpingite tuberculeuse (bacille de Koch).

3°) Salpingite actinomycétique (actinomycète de Bollinger).

II. **Salpingite due à des microbes spécifiques identiques à ceux qui produisent l'infection traumatique.**

III. **Salpingite infectieuse produite par des microbes spécifiques encore inconnus. Salpingite syphilitique** décrite par Bouchard et Lépine.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 9 *décembre* 1886.

JULIA W. CARPENTER. — **Avortement, deux œufs d'âge différent** La malade avait eu une fausse couche de 3 mois.

Les vomissements furent arrêtés par *l'inglavine*. Le premier œuf n'avait pas plus de 3 semaines. Le second avait 2 mois et demi. La malade se remit. A l'examen, ce dernier semble être une môle charnue dont la présence aurait, d'après RÉAMY, qui a vu la malade, causé l'expulsion de l'œuf.

J. G. HYNDMAN, ne croit pas à la superfétation.

PALMA, la croit probable. Il raconte le cas d'une femme enceinte qui mourut subitement en prenant une injection alunée, le liquide avait pénétré dans l'utérus.

G. S. MITCHELL croit la superfétation rare, mais possible.

Il termine par l'énoncé des conclusions suivantes :

1° L'extirpation de l'utérus par la voie vaginale est bien préférable à l'extirpation par la voie abdominale ;

2° C'est aujourd'hui déjà une bonne opération ; elle devient de jour en jour meilleure ;

3° Elle est applicable surtout au cancer de l'utérus; nous sommes partisan de l'opération hâtive et complète, au début même de l'affection.

4° Nous repoussons l'opération, si le vagin, la vessie ou le rectum sont atteints par le néoplasme.

Séance du 4 janvier 1887.

HANKS, présente un **ténaculum** fait de telle sorte, qu'on sait toujours de quel côté est le crochet, puis un **ténaculum** qui peut servir à maintenir les tissus à travers lesquels on passe les aiguilles.

Discussion : CLEVELAND, CHAMBERS, MUNDÉ. NILSEN, présente un *œuf abortif* de 3 mois.

La malade, ayant été menstruée régulièrement, ne se croyait pas enceinte. La cause de l'avortement n'est pas connue.

MUNDÉ et GILLETTE ne croient pas que la syphilis contractée pendant la grossesse, puisse produire un avortement aussi prématuré.

HANKS. — **Ovaire kystique enlevé par la laparotomie, guérison.** Hanks, demande combien de temps un kyste de cette espèce peut rester stationnaire dans son développement.

MUNDÉ n'a pas de réponse précise à faire à cette question, car on ne peut guère conserver les malades en observation avant de les opérer, pour la résoudre.

COE, ayant examiné la pièce, croit qu'une partie seulement de l'ovaire est malade. C'est une hydropisie folliculaire, limitée à un ou deux ovisacs. Il ne croit pas que cette tumeur eût pu prendre un développement considérable.

NILSEN, cite des cas où des kystes de l'ovaire sont restés stationnaires pendant des années.

JANVRIN et MUNDÉ citent des cas analogues.

COE. — **Sarcome de l'ovaire, ascite due à la pression d'un rein déplacé sur la veine cave.**

POLK, raconte le cas d'une jeune femme chez qui le liquide abdominal venait d'un kyste ovarique rompu. On n'aurait pu con naître sa source, sans ouvrir l'abdomen.

Chambers affirme que l'ascite peut être produite par la pression d'une tumeur ovarienne.

Wilie est partisan du drainage, même dans les cas d'ascite rénale ou cardiaque. Le liquide se reproduit moins souvent qu'après la ponction.

Pour Chambers, l'incision exploratrice a rarement des dangers, dans ces cas ; il est donc partisan avoué.

Coe, est d'un avis opposé, pour les cas de maladie maligne.

Mundé, cite un cas de Prochownick, dans lequel il trouva des masses cancéreuses sur le mésentère et les intestins. L'opérée se remit.

Lee cite un cas de tumeur maligne du péritoine, dans lequel le drainage aurait mieux valu que la ponction, rendue difficile par la nécessité d'éviter les nodules péritonéaux.

Ball, ponctionne dans les cas d'ascite hépatique.

Hanks. **Kyste ovarique uniloculaire, laparotomie pendant une attaque de péritonite, Guérison.**

Mundé. **Double kyste dermoïde, laparotomie. Guérison.**

Janvrin et Polk raconte deux cas semblables.

Fowler. **Deux cas de mélæna des nouveau-nés.**

Le premier enfant s'est guéri ; l'autre a succombé à des effusions sanguines multiples.

(Résumé d'après *l'Amer. J. of obst.*, 1887, par A. Cordes).

REVUE DES JOURNAUX

De quelle façon l'accoucheur peut-il le plus efficacement protéger le périnée pendant le dégagement de la tête fœtale, par le Dr B. Hart. — Il faut d'abord examiner les deux points suivants.

1° *Quelles sont les rapports de l'utérus et de son contenu quand la tête fœtale, ayant accompli son mouvement de rotation, commence à distendre le périnée ?*

2° *De quelle manière la tête fœtale devrait-elle franchir le périnée pour le déchirer au minimum ?*

1er point. — A ce moment, segment inférieur de l'utérus, col et plancher pelvien se sont transformés en un canal continu, unique,

sous l'influence de la rétraction utérine qui pousse en bas le contenu fœtal. La masse du fœtus est comprimée, tassée sur elle-même, le menton fléchi contre le sternum, l'occiput pointant en avant. Le périnée ou le segment sacré est refoulé en arrière, son extrémité inférieure est allongée et amincie,tandis que l'ouverture vulvaire, surtout dans sa portion inférieure, celle par conséquent située au-dessous du niveau du vestibule, est fortement distendue. La rétraction utérine développe sur le fœtus et dans le liquide amniotique retenu, une force qui se répartit sur cette portion du crâne située au-dessous du cercle de résistance. Les dimensions des diamètres de ce cercle de résistance augmentent ou diminuent suivant que l'occiput ou le sinciput est en avant. La résistance varie dans le même sens, de même les risques de la déchirure. Cela se démontre en obstétrique élémentaire.

2e point. — Ce terme « *extension de la tête* »,employé pour désigner le quatrième temps du mécanisme du travail, crée une confusion regrettable. Il signifie en effet, — ce dont je nie absolument l'exactitude, — que le menton s'éloigne du sternum pendant qu'il parcourt le périnée. Je maintiens que ni la fixation de la tête, ni la descente du sinciput ne constituent ni le mécanisme le meilleur, ni le plus normal. Le mécanisme le plus favorable, celui qui met le plus à l'abri des déchirures est celui grâce auquel l'occiput reste toujours en avant, et la tête progresse par un mouvement mesuré de translation; en somme, par un mouvement de rotation autour d'un axe bipariétal qui accuse de plus en plus l'engagement de l'occiput, jamais celui du sinciput.

Quelle est la meilleure manière de protéger le périnée et d'éviter les déchirures non inévitables?

Tout ce que le praticien peut faire, en dehors de l'emploi des moyens propres à combattre le spasme des muscles périnéaux (chloroforme, applications chaudes), c'est de s'opposer à ce que le bregma progresse plus vite que l'occiput. Il tâche d'empêcher que la tête ne se dégage trop rapidement et il s'applique à faire que l'occiput soit toujours en avant.

La parturiente, étant couchée sur le côté gauche, l'assistant applique le pouce de la main droite, muni d'une compresse imbibée de sublimé chaud, sur le périnée, en avant de l'anus et exerce à ce niveau une pression douce. Cette pression ne doit pas être dirigée suivant une ligne joignant le pouce et l'arcade pubienne, mais

suivant l'axe du détroit inférieur. Elle a alors pour effet de prévenir l'abaissement prématuré du menton tout en favorisant la progression de l'occiput. Quand ce dernier commence à franchir l'arcade pubienne, on passe entre celle-ci et l'occiput les doigts de la même main, tandis que le pouce vient se placer sur la suture sagittale. L'arcade pubienne franchie, les doigts s'appliquent sur la nuque. On a alors la tête bien en main, et elle se dégage par les différents diamètres qui s'étendent entre le cou, le front et la face. Ce qui permet au dégagement de s'accomplir en produisant le minimum de déchirures. (Edinb. med. Journal, avril 1887).

Du déplacement des ovaires. par T. MORE MADDEN. — Les déplacements des ovaires, à l'exception de ceux causés par une affection ovarique, étaient fort mal connus des gynécologistes jusqu'à ces derniers temps. L'attention qu'on leur accordait était fort peu en rapport avec leur importance. Une longue expérience clinique m'a appris que les hernies de ces organes sont beaucoup plus communs qu'on ne le suppose en général, que ne le pense Barnes lui-même qui, dans l'Am. Journ. of obstetrics, a soigneusement traité ce sujet. Dans sa pratique journalière, le gynécologiste rencontre un certain nombre de personnes qui accusent une sensation de tiraillement douloureux, ressentie dans le côté gauche du ventre. Le siège de cette douleur, qui n'est pas toujours très exactement indiqué, peut être placé dans la région inguinale. Or, une investigation plus complète permet, assez souvent, de rapporter cette douleur à un déplacement de l'ovaire, qui malheureusement dans un assez grand nombre de cas passe inaperçu parce qu'on se laisse distraire par d'autres symptômes plus bruyants.

On peut trouver l'ovaire prolabé dans la région inguinale, la hernie est alors directe ou oblique. Dans le premier cas, la tumeur se montre dans l'aine au-dessus du ligament de Poupart; dans le second, l'ovaire parcourt le canal inguinal et descend dans l'épaisseur de la grande lèvre. Parfois la hernie est fémorale, l'ovaire est situé au-dessous du ligament de Poupart et en dedans des vaisseaux fémoraux. Plus fréquemment l'ovaire tombe dans le cul-de-sac de Douglas, prolapsus qui, sous le rapport des indications pratiques, mérite d'être assimilé à une hernie de l'organe. Le plus souvent, c'est l'ovaire gauche qui est déplacé. Au tou-

cher, on constate la présence d'une tumeur petite, oblongue, qui fait saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Congénitales parfois, dans la majorité des cas cependant, ces hernies se produisent chez des femmes dont les parois abdominales ont été distendues, forcées, et les viscères abdominaux comprimés par plusieurs grossesses. Ainsi que pour les autres hernies, la cause déterminante peut être un violent effort musculaire, pendant l'accouchement, durant l'acte de la défécation, etc. Mais dans la variété la plus commune des déplacements de l'ovaire — le prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas — il s'agit presque toujours de conditions gynécologiques spéciales ; mouvement de *vis a tergo* imprimé par des tumeurs abdominales ou utérines, tension directe s'exerçant sur les annexes de l'utérus et due à des déviations de la matrice.

Symptômes. — Les hernies ovariques s'annoncent par l'apparition dans les régions fémorale et inguinale ou dans le cul-de-sac de Douglas d'une tumeur oblongue possédant certains caractères bien déterminés. Habituellement, elle a le volume d'une grosse noix ; quand elle est située dans la région inguinale elle est d'ordinaire peu douloureuse. Cependant, avant l'éruption menstruelle, l'ovaire augmente toujours de volume, et il se développe alors une douleur plus vive, qui diminue ensuite progressivement. Peu après la menstruation, l'organe revient à son état antérieur, et cesse de provoquer des phénomènes réactionnels marqués jusqu'au moment où il reçoit l'impulsion imprimée à son activité par une nouvelle congestion cataméniale. Dans quelques cas cependant la sensation de tiraillement douloureux ne disparaît pas pendant la période intermenstruelle et l'hypertrophie congestive de l'organe déplacé continue à s'accroître jusqu'à ce qu'elle soit combattue par un traitement approprié.

Diagnostic. — Jadis le diagnostic différentiel des hernies de l'ovaire était mal établi. Le fait est démontré par la pénurie des détails laissés à ce sujet par les anciens gynécologistes. On ignorait ces hernies,ou bien on les méconnaissait. Quand elles étaient externes, on les confondait avec des ganglions inguinaux ou fémoraux augmentés de volume, avec des tumeurs des grandes lèvres, etc., etc. Lorsque l'ovaire était prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, l'idée venait qu'il s'agissait d'un abcès pelvien, d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé, d'une hématocèle, d'une rétroversion utérine, etc

Les hernies inguinales de l'ovaire se distinguent des hernies intestinales en ce que celles-ci sont molles, sonores à la percussion, qu'elles produisent quand on les comprime un gargouillement caractéristique. Les hernies épiploïques donnent une sensation pâteuse et, contrairement à la tumeur ovarique, elles offrent un contour irrégulier, mal défini. On différencie l'ovaire tuméfié des lymphatiques inguinaux et fémoraux engorgés grâce au plus petit volume et au caractère de multiplicité de ces derniers. Les abcès du bassin, du psoas, et les autres variétés de collections purulentes sont diagnostiqués à l'aide des anamnestiques, de l'existence ou de l'absence de la fluctuation. Enfin, on reconnaît l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas si l'on sait utiliser les renseignements fournis par le toucher recto-vaginal et par l'emploi du cathéter. Lorsque l'utérus est normal quant à son volume et à sa situation, lorsqu'il il n'y a pas de fluctuation appréciable, si l'on constate dans le cul-de-sac vaginal postérieur une tumeur petite, à contour bien défini, ferme et ovoïde, augmentant de volume à chaque éruption menstruelle, qui de plus, à une pression légère, témoigne d'une sensibilité toute spéciale, il est permis de conclure sans grande hésitation à un prolapsus de l'ovaire.

Traitement. — Le traitement des hernies ovariques dépend évidemment de leur situation; il varie suivant que l'ovaire occupe un des orifices inguinaux, qu'il est situé dans l'épaisseur des grandes lèvres ou qu'il est tombé dans le cul-de-sac de Douglas. Dans le premier cas, que l'organe soit situé au-dessus ou au-dessous du ligament de Poupart, il faut avant tout faire, à l'aide du taxis, des tentatives de réduction. Mais, le plus souvent, ces hernies sont déjà au moment ou le gynécologiste est appelé à les constater, irréductibles. Et quand, par exception, elles sont réductibles la pression contentive exercée par un bandage n'est pas tolérée ou reste inefficace. Aussi dans la plupart de ces cas est-il préférable de chercher, au moyen d'une pelotte creuse, bien adaptée, à mettre l'ovaire à l'abri d'une descente plus accusée ou des violences extérieures. Mais avant il est bon de combattre l'hyperesthésie locale par des applications sédatives, par l'application même de sangsues, etc., tandis qu'on s'efforce par un traitement général de calmer l'éréthisme nerveux associé le plus souvent à de semblables conditions.

Quand ces moyens restent inefficaces, quand les tiraillements douloureux persistent, quand les excerbations qui surviennent à chaque poussée menstruelle ne peuvent pas être amendées, quand enfin, les désordres locaux et généraux compromettent sérieusement la vie, il n'y a plus qu'une ressource, *l'extirpation de l'ovaire déplacé.*

Dans ma pratique personnelle, j'ai dû plus d'une fois déjà recourir à ce moyen extrême. Dans un cas, la tumeur siégeait dans l'épaisseur de la grande lèvre droite. Il s'agissait d'une femme de quarante ans, non mariée qui, au moment de son admission à l'hôpital, était absolument brisée par des douleurs pelviennes intenses. Elle était épuisée, désespérée, en proie à des crises hystériques. Menstruation peu abondante et assez irrégulière. A l'examen on ne peut rien constater qu'une tumeur, à peu près du volume d'un œuf de poule, située dans la grande lèvre du côté droit, et dont la pression la plus légère déterminait une vive douleur et des vomissements. La malade en avait constaté la pré sence quelques mois avant son entrée à l'hôpital. Après éthérisation, je procédai, avec l'assistance du Dr Keunedy, à l'extirpation de cette tumeur. Elle s'étendait à travers le canal, auquel elle adhérait sur plusieurs points, jusqu'à l'orifice abdominal interne : là, elle se reliait à un pédicule étroit qui fût pris entre deux ligatures et sectionné. On fut obligé de lier plusieurs vaisseaux assez volumineux qui rampaient dans l'épaisseur des adhérences ; de plus, comme il se produisit un écoulement veineux en nappe assez abondant, il fallut tamponner la cavité avec des bourdonnets de coton chargés de substances styptiques, après quoi les bords de la plaie furent exactement adossés au moyen de sutures. L'opération fut faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. La nuit suivante, le sommeil fut bon, la température et le pouls étaient normaux. Le lendemain matin, l'opérée eut des nausées, elle put néanmoins conserver un peu de champagne glacé et de la gelée ; elle était extrêmement faible T. 37°2, p. 120. Dans l'après-midi, collapsus rapide et mort. L'autopsie ne fut pas accordée. L'examen ultérieur de la pièce pathologique confirma le diagnostic en montrant qu'il s'agissait bien d'un ovaire très hypertrophié et dégénéré.

Dans le cas suivant, l'issue de l'intervention fut moins malheureuse. L'ovaire déplacé était situé immédiatement au-dessus du

ligament de Poupart. Il s'agissait d'une jeune femme qui, peu après son mariage, commença à ressentir des tiraillements douloureux dans le ventre, et à se plaindre de maux d'estomac, de pertes d'appétit. Avec cela il y avait de l'amaigrissement, et une diminution des forces qui s'exagéraient par des accidents ménorrhagiques. Elle fut très vite nerveuse et découragée. Pendant près de deux ans elle fut entre les mains de gynécologistes, et au cours des traitements divers qu'elle suivit, elle fit usage de presque toutes les variétés de pessaires qu'on lui recommandait contre des déviations supposées de la matrice. Enfin, on constata dans la région inguinale gauche une petite hernie ovarique qui, à chaque éruption menstruelle, devenait l'origine de grands malaises. Comme elle était irréductible, et que tous les autres traitements restèrent inefficaces, on proposa l'opération qui fut acceptée. Je pus en conséquence extirper un ovaire qui était déplacé et hypertrophié, extirpation qui fut suivie d'un retour rapide et complet à la santé.

Quand on s'occupe du traitement du prolapsus de l'ovaire, il ne faut jamais perdre de vue l'étiologie de cet accident. Comme cela a été indiqué plus haut, le déplacement peut être dû à la pression produite par une tumeur abdominale, ovarique ou utérine, aux tiraillements exercés sur les ligaments larges par la matrice déviée de sa position normale, etc. — Or, on doit s'efforcer de corriger ces anomalies avant de s'attaquer à l'ovaire lui-même. Lorsque le prolapsus est la conséquence de circonstances purement accidentelles, ou bien quand il est l'effet de causes constitutionnelles, on peut espérer arriver à réduire l'organe prolabé et à le maintenir *in situ*. A cet effet, après anesthésie préalable de la malade, on place la femme dans le décubitus demi latéro-abdominal, et au moyen de la pression bimanuelle, exercée à travers le rectum et le vagin, on peut refouler l'ovaire en haut et en avant, hors du cul-de-sac recto-vaginal et assurer ensuite la réduction grâce à l'application d'un pessaire à air de Greenhalgh ou d'Arnold. Mais lorsque, et cela arrive assez souvent, les tentatives de réduction échouent, l'application d'un pessaire bien choisi peut servir non seulement à empêcher un déplacement plus marqué, mais encore à alléger les malaises et les douleurs causées par le déplacement. Enfin, quand toutes ces méthodes de traitement échouent, si les troubles locaux et généraux prennent un caractère d'urgence, s'ils

mettent la vie en danger, il est rationnel de recourir à l'oophorectomie, qui doit être réservée comme une ressource suprême. (The Dubl. Journ. of med. Science, nº CLXX, 1886).

Rupture de l'utérus pendant la grossesse, D. A. LEWERS. — Les ruptures de la matrice qui surviennent pendant la grossesse présentent un vif contraste avec celles qui se font au cours du travail. Elles sont d'abord très rares, puis leur mécanisme reste obscur. Pour bien les différencier les unes des autres, il convient de ne comprendre sous ce titre « *ruptures pendant la grossesse* » que celles qui surviennent à une époque de la gestation où l'ensemble des conditions qui pendant l'accouchement amènent la rupture de la matrice, n'existe pas. Il en est ainsi, par exemple, vers le milieu de la grossesse, quand le fœtus est petit, quand le travail ne s'est pas déclaré et qu'on ne peut mettre en cause une violence extérieure.

TRASK dans sa monographie sur les ruptures de l'utérus a rassemblé 303 cas. De ce nombre, 38 sont classés comme ruptures survenues pendant la gestation. Or, à une analyse attentive, on reconnaît que ce nombre doit être réduit à 14, pour les ruptures survenues *spontanément* au cours de la gestation. J'en ai trouvé deux autres, l'une de LUSTGARTEN, dans le « *Brit. and For. méd. chirurgical Review* », l'autre, dans le *Glasgow méd. Journal* ». En tout 16 cas, auxquels je puis en ajouter un.

Voici le résumé du cas rapporté dans le « Glasgow méd. J. » et de celui que j'ai observé,

OBS. I. — B. T...... est âgée de 37 ans, non mariée, domestique de ferme. Le jour qui a précédé l'accident, elle a marché environ quatre milles, rien ne peut faire supposer qu'elle se soit livrée ce jour là à un travail excessif. Le soir, après un excellent repas, elle va se coucher, fort bien portante, en apparence du moins, d'esprit et de corps. Peu après, vers onze heures, elle se plaint de douleurs d'estomac et d'entrailles. On lui demande si elle a trop marché la veille, et elle répond négativement. Elle est prise de vomissements, et continue à souffrir jusqu'à sept heures environ du matin, heure à laquelle elle meurt. A l'autopsie, on trouve dans le ventre du sang et des caillots, de quoi remplir une cuvette. Une grosse tumeur, recouverte de sang coagulé, fait saillie hors du

bassin, c'est l'utérus dont la cavité renferme un fœtus de quatre mois environ, enveloppé de ses membranes et qui est en partie engagé à travers une déchirure qui occupe le fond de la matrice. Cette déchirure mesure à peu près 11 centimètres de long sur 10 de large. A ce niveau, le tissu utérin paraît tout-à-fait normal, pas la moindre trace d'une affection quelconque. L'orifice externe et le canal cervical sont complètement obturés par un bouchon muqueux. *Pendant la vie, on n'avait pas fait de diagnostic, et l'on avait supposé que la femme était morte empoisonnée.*

Obs. II. — A. D..... est âgée de trente-trois ans, elle a eu 6 enfants, le dernier 18 mois environ avant son entrée à l'hôpital. Au moment où l'accident survint, elle se croyait elle-même grosse de 5 mois. Pas de menstruations depuis 5 mois. Il ne s'est produit au cours de cette nouvelle grossesse rien de particulier. Le 12 octobre, vers 3 heures de l'après-midi, elle est tout à coup prise en se relevant, d'une violente douleur dans le ventre. En peu d'instants, elle se décolore et tombe dans le collapsus. Quand la douleur s'est déclarée, elle a senti comme si quelque chose s'échappait dans l'abdomen, elle affirme avoir entendu un craquement, Elle a été prise de vomissements immédiatement après. Transportée à l'hôpital, je la trouve un quart d'heure plus tard dans l'état suivant. Le collapsus est, paraît-il, moins accusé, la femme répond à quelques questions. Le pouls est petit et dépressible. Elle est pâle et anxieuse, elle se plaint de douleurs abdominales. Le ventre est sensible à la pression, les parois abdominales, très épaisses, rendent la palpation difficile, pas de résultats nets, même après anesthésie chloroformique, l'examen ne fournit aucuns renseignements précis. Au toucher, l'utérus semble plus petit qu'à 5 mois de grossesse, il se fait par l'orifice externe un écoulement de sang très peu abondant.

Incision abdominale exploratrice. A l'ouverture du péritoine, on constate la présence d'une grande quantité de sang et de caillots récemment formés. Fœtus et placenta gisent, libres, au milieu des anses intestinales. Le fœtus est plus près du foie que de la matrice, le placenta est situé à peu près à distance égale du fœtus et de la matrice. Les membranes, roulées en forme de cordon et dirigées en bas et à gauche, conduisent à une déchirure située

dans la partie gauche du fond de l'utérus. Il s'écoule encore un peu de sang des tissus déchirés. Fœtus, placenta, membranes, sang et caillots furent soigneusement enlevés, après quoi, on sutura soigneusement la déchirure au moyen d'un double rang de sutures, sutures profondes métalliques, sutures superficielles avec du catgut. Un tube à drainage en verre fut laissé à demeure dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. *La mort survint sept heures après l'opération.*

On examina très soigneusement l'utérus après la mort. Les fils de suture furent enlevés. L'utérus ouvert, il devint parfaitement manifeste que le fœtus n'avait jamais occupé la cavité utérine. Celle-ci était tapissée par une muqueuse déciduale, épaisse de 6 millimètres environ, et décollée en plusieurs points. Un fin stylet introduit à travers l'ostium uterinum du côté gauche, ressortait par l'extrémité interne de la déchirure. Evidemment l'œuf avait dû se développer dans cette portion de la trompe gauche qui traverse la paroi utérine, il s'agissait somme toute d'une grossesse interstitielle. L'utérus mesurait en totalité 6 pouces 1/4, le fœtus 8 pouces.

Quant à la cause prochaine de la rupture, si l'on range à part les cas dans lesquels il y a eu traumatisme violent, manœuvres abortives, je crois qu'il faut la voir dans l'existence d'une grossesse interstitielle c'est-à-dire, d'un œuf fécondé qui se fixe et se développe dans cette portion de la trompe qui traverse la paroi utérine. A l'appui de cette manière de voir, il y a ce fait que, dans tous les cas où le siège de la rupture a été rigoureusement indiqué. cette rupture occupait ou intéressait le fond de la matrice. Sur les 17 cas de ruptures spontanées auxquels il a été fait allusion, 10 fois il en était ainsi, 6 fois le siège de la lésion n'a pas été indiqué, une fois il s'agissait d'un utérus bicorne.

En ce qui concerne le traitement, il est bon de se rappeler que de ces 17 cas, le seul qui ait guéri, a été traité par la laparotomie pratiquée deux heures après l'accident. Dans le cas qui m'est personnel, l'opération ne fut entreprise qu'onze heures après, la femme avait déjà perdu beaucoup de sang. Et même au moment de l'opération, ainsi que cela a été noté, le tissu déchiré saignait encore. Si l'intervention eût été plus prompte, l'issue eût peut-être été plus heureuse. En somme, quand l'histoire des renseignements, et l'apparition subite des symptômes et des accidents jus-

tifient l'hypothèse d'une rupture de l'utérus, ou de la rupture d'un œuf extra-utérin, l'incision exploratrice est la meilleure méthode de traitement. (British méd. Journal. Janvier 1887).

Emphysème sous-cutanée consécutif au travail de l'accouchement, Dr P. Stallard. — Le cas a été observé chez une primipare, âgée de vingt-quatre ans. L'accouchement s'était effectué normalement. La seconde période du travail pourtant avait été fort douloureuse et prolongée. L'expulsion du délivre s'était accompagnée d'une perte de sang un peu plus abondante qu'elle ne l'est d'ordinaire. Peu après, l'accouchée se plaignit de n'y plus voir. A l'examen, on constatait une bouffissure de la face, qui s'étendait jusqu'à la nuque et comprenait la partie supérieure de la poitrine. L'ouverture des paupières était impossible, et il existait une tension douloureuse de la peau de la face et du front. Respiration normale. Par la palpation on déterminait sur toute la région atteinte une crépitation fine due manifestement à la présence de l'air. On fit sur la peau des applications d'une solution très volatilisable, et l'on prescrivit le repos absolu. La tuméfaction diminua peu à peu ; huit jours plus tard elle avait complètement disparu. (British. méd. Journ. Janvier 1887).

Dr R. Labusquière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hystérectomie vaginale en France, par le Dr A. Gomet. — (Paris, G. Steinheil, éditeur). — On retrouve dans cette thèse, la relation de la première hystérectomie pratiquée en France (24 juillet 1829). C'est celle, restée célèbre, qui fut faite par Récamier. L'observation est reproduite à peu près *in extenso*, et on ne peut que féliciter M. Gomet d'avoir songé à le faire. Cette relation est, en effet, en tous points admirable de simplicité. On se persuade bien vite, en la lisant, comment le hardi chirurgien avait, du premier coup pour ainsi dire, *réglé* l'opération dont il s'agit. Il avait d'ailleurs minutieusement analysé le cas qu'il avait à

traiter et bien établi au préalable la légitimité de l'intervention. Il avait également prévu les dangers créés par le voisinage de la vessie et la possibilité d'hémorrhagies considérables, et, en conséquence, imaginé une méthode qui, du moins dans ce qu'elle avait d'essentiel, est restée comme le modèle du genre, indications et contre-indications de l'opération dans les cas de cancer de l'utérus, abaissement de l'utérus, section des ligaments larges après ligatures de ces feuillets de la séreuse, utilité d'appareils métalliques et hémostatiques qu'on laisse à demeure en cas d'hémorrhagies, tout cela avait été bien considéré, les principaux temps de l'opération étaient par avance nettement indiqués et réglés. Aussi, M. Gomet, conformément à l'avis exprimé par M. Demons (Bordeaux), déclare-t-il que « ce ne serait que justice de dénommer la kolpo-hystérectomie, « *opération de Récamier* ».

Il expose ensuite différents procédés opératoires, celui de Gendrin, celui de Tarral, expérimentés seulement sur le cadavre. Suivent 30 observations, toutes modernes, dont plusieurs inédites, et qui sont tirées de la pratique des chirurgiens français (Péan, Demons, Dudon, Maudillon, Tillaux, Terrier, Trélat, Gillette, Richelot, Le Dentu, Marchand). Ces observations reproduites dans le détail, mettent bien en relief une foule d'incidents qui peuvent se produire au cours d'une opération, réglée cependant. On y apprend les surprises qu'elle ménage, les difficultés dont elle peut être l'occasion et auxquelles se sont heurtés des chirurgiens habiles. L'exposition circonstanciée de ces contre-temps, de ces difficultés, et l'indication des moyens plus ou moins ingénieux à l'aide desquels les opérateurs ont cherché et réussi à se tirer d'embarras, représentent une grande somme d'expérience et constituent en réalité un enseignement de premier ordre.

Après avoir décrit le procédé adopté par M. Péan et rappelé quelques modifications heureuses introduites par M. Richelot dans la technique opératoire, M. Gomet fait la description détaillée de l'opération, traite de ses indications et de ses contre-indications, consacre un court paragraphe à l'appréciation de sa valeur apparente et de sa valeur réelle, et étudie brièvement les causes de la mort.

Le gérant : A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UN NOUVEL EMBRYOTOME RACHIDIEN

Par le Dr **A. Ribemont-Dessaignes**

Agrégé de la Faculté de Médecine, Accoucheur de l'hôpital Beaujon.

Mon excellent et cher Maître M. le professeur Tarnier a bien voulu présenter à l'Académie de Médecine dans sa séance du 20 décembre 1881 (1) un Embryotome rachidien construit sur mes indications par M. Collin. Cet instrument a été figuré et sommairement décrit par MM. Robert et Fancourt Barnes dans leur *Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale* (2). Depuis sa présentation à l'Académie j'ai eu l'occasion de l'employer quatre fois.

(1) Bulletin de l'Acad. de Méd., 1881, 2e série, t. 10, p 1571.

(2) Traduction française du Dr Cordes, p. 784.

Bien que l'opération ait été suivie chaque fois de succès, j'ai cru devoir, tout en conservant les principes de l'instrument, apporter à ce dernier quelques modifications de détail portant sur son mode d'articulation, sur sa poignée, ainsi que sur la courbure des deux tubes qui le constituent.

Un coup d'œil jeté sur les figures qui représentent le premier et le second état de l'instrument (Fig. 1, 2, d'une part, 4, 5, 6, 7, 8, d'autre part) fera rapidement saisir l'ensemble de ces modifications.

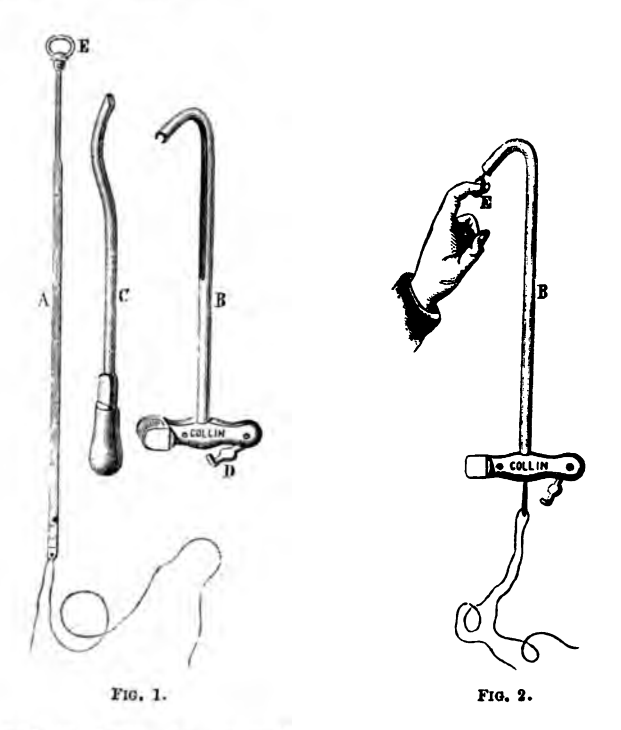


Fig. 1. Fig. 2.

Je publie dans ce travail les faits cliniques auxquels je viens de faire allusion en les faisant précéder d'une description complète de l'embryotome modifié.

Il serait aisé mais fastidieux de reprendre à ce propos l'histoire, partout écrite, de l'embryotomie, et de passer en

revue une série d'instruments n'ayant que des rapports plus ou moins éloignés avec le mien.

Je préfère me borner à indiquer l'idée qui m'a guidée, et à montrer sur quels principes repose la construction de mon embryotome.

En 1879 M. le Dr Thomas consacrait sa thèse inaugu-

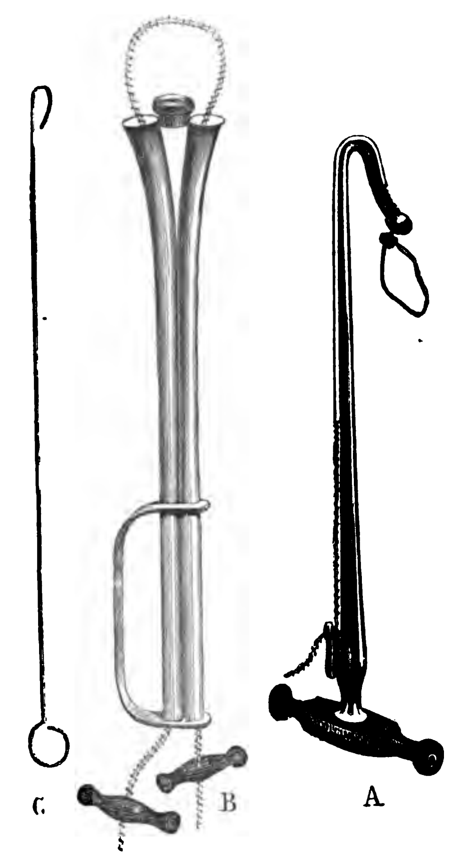


Fig. 3.

rale (1) à l'*Etude des méthodes, des procédés, des appareils*

(1) Thèse de Paris, 1879.

et des instruments employés pour pratiquer l'embryotomie dans les cas de présentation de l'épaule.

Il décrivait dans ce travail deux appareils nouveaux imaginés par lui.

L'un, plus spécialement applicable à la section du tronc même du fœtus, n'est qu'une simplification instrumentale de l'embryotome du professeur Tarnier.

L'autre est destiné à sectionner non plus le tronc mais le cou du fœtus (Fig. 3).

Ce dernier se compose essentiellement : 1° d'un crochet de Braun A, modifié parce qu'on a fendu son bouton terminal et creusé d'une gouttière sur sa partie convexe. On y a en outre ajouté près du manche un point d'arrêt pour la ficelle-scie.

2° D'une ficelle de fouet autour de laquelle, sauf à ses extrémités, s'enroulent les spires serrées d'un fil de fer recuit: *ficelle-scie* du Dr Thomas.

3° D'un double conduit métallique B destiné à servir de protecteur au vagin.

Comment se sert-on de cet instrument ? A l'une des extrémités de la ficelle-scie, dit le Dr Thomas, « on fera une boucle et un nœud. L'extrémité qui porte une boucle sera engagée dans la fente du bouton ; la boucle sera libre au-dessous du bouton et le nœud en pressant en arrière sur la fente du bouton maintiendra la ficelle que l'on tendra fortement. On appliquera la ficelle sur la gouttière et on l'enroulera autour du point d'arrêt.

« Lorsque le crochet sera armé de la ficelle-scie, on l'appliquera comme celui de Braun autour du cou du fœtus. La main libre sera engagée en arrière du cou et ira à la recherche du bouton et de la boucle ; alors deux cas pourront se présenter: 1° on atteindra d'emblée le bouton et la boucle ; 2° pour les atteindre il sera nécessaire d'imprimer à l'instrument des mouvements de rotation.

« Dans le premier cas, on accrochera la boucle avec un doigt et on rendra la ficelle libre en la détachant de son point d'arrêt. L'opérateur retirera le crochet et amè-

« nera au dehors la ficelle-scie qui s'appliquera directe-
« ment sur le cou du fœtus en l'entourant.

« Si on n'atteignait pas d'emblée la boucle, on luxerait « la colonne cervicale; l'instrument serait ainsi abaissé de « l'épaisseur d'une vertèbre et la boucle deviendrait acces- « sible. »

Il ne reste plus qu'à engager les deux chefs de la ficelle-scie dans les deux tubes métalliques adossés qui constituent le protecteur du vagin B, et par des mouvements de va-et-vient imprimés à la ficelle-scie à sectionner le cou, ce qui s'obtient en quelques secondes.

L'instrument du Dr Thomas me semblait, par sa simplicité, trop supérieur à beaucoup d'autres embryotomes pour que je ne fusse pas désireux d'en faire l'essai, au moins sur le fantôme. J'eus, pendant mon clinicat, de 1880 à 1882, de fréquentes occasions de m'exercer à son emploi, et d'y exercer en même temps de nombreuses séries d'élèves qui suivaient alors mon cours particulier.

Je fus frappé de la sûreté avec laquelle mes élèves et moi placions le crochet de Braun sur le cou du fœtus, et de la facilité que nous avions à atteindre le bouton terminal du crochet avec l'index.

Mais il n'en était plus de même lorsqu'il s'agissait d'introduire l'extrémité du doigt dans la boucle de ficelle.

Tantôt celle-ci se recroquevillait, se tordait sur elle-même, fermant ainsi complètement la boucle, tantôt cette dernière se relevait, retenue par les parties maternelles ou fœtales et devenait inaccessible au doigt.

Depuis M. le Dr Thomas a modifié cette partie de son appareil : la boucle est double, et la ficelle qui la constitue porte de centimètre en centimètre de petites olives de plomb destinées à rendre ces boucles plus pesantes et à les maintenir ouvertes. Malgré ces modifications ingénieuses les boucles restent trop souvent hors de la portée du doigt.

Saisir la boucle m'a donc paru constituer une première difficulté.

J'en ai souvent éprouvé une seconde. Dans plusieurs répétitions opératoires j'ai eu la plus grande peine après avoir mis le crochet en place, à dégager la ficelle de la gouttière dans laquelle elle passe et à retirer le crochet.

Ces deux ordres de difficultés me frappèrent au point que je pensai qu'il valait la peine de chercher un instrument dont la manœuvre fut plus sûre et moins compliquée.

L'embryotome construit dans ce but se compose de quatre parties :

1°) Un crochet métallique destiné à porter la ficelle-scie autour du cou de l'enfant, et à protéger en partie les organes maternels contre l'action de cette scie.

2°) Un tube destiné à compléter l'appareil protecteur des organes maternels, et qui s'articule avec le crochet.

3°) Un ressort d'acier muni à l'une de ses extrémités d'une petite pièce à laquelle on attachera la ficelle-scie, et portant à l'autre un anneau métallique mobile.

4°) Une ficelle-scie.

Entrons dans quelques détails.

1° Crochet.

Il est constitué par un tube d'acier fermé dans ses deux tiers inférieurs (A) et fenêtré dans son tiers supérieur (F). (Fig. 4).

La portion fermée est rectiligne, et supporte une poignée de bois. Une mortaise M se voit à l'extrémité de cette poignée. On y remarque également une petite vis V, dont la tige pénètre jusque dans le tube.

La portion fenêtrée F est recourbée en crochet. L'extrémité B est coupée en biseau. La fenêtre est pratiquée sur la face concave du crochet.

Le crochet mesure 39 cent. de longueur. Le tube qui le constitue a 12 millim. de largeur et 9 millim. d'épaisseur. La fenêtre a 4 millim. de largeur.

La poignée est longue de 9 centimètres.

2° TUBE PROTECTEUR.

Il est formé d'un tube (Fig. 5) analogue à celui dont est fait le crochet. Comme ce dernier, il présente une partie droite D

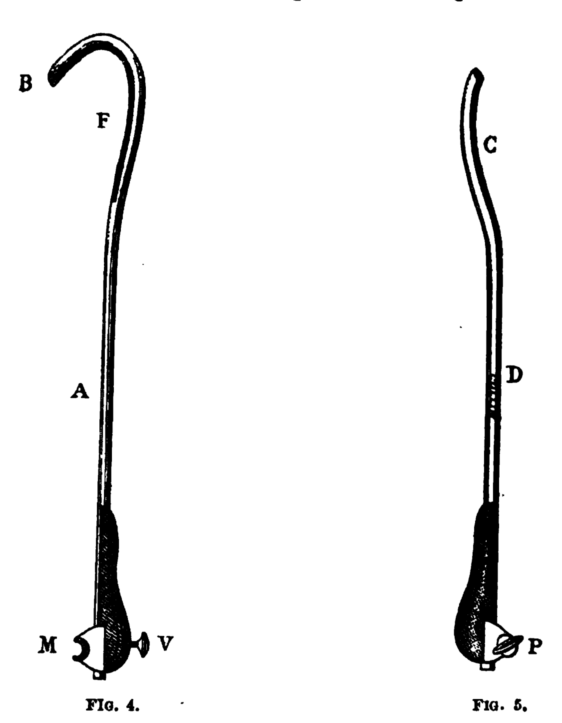


FIG. 4. FIG. 5.

munie d'une poignée qui porte un pivot P destiné à s'articuler avec la mortaise M du crochet, et une partie courbe C dont l'extrémité libre taillée obliquement, s'applique sur le bec du crochet quand les deux branches de l'instrument sont articulées de telle sorte que leurs portions rectilignes soient parallèles (Fig. 8). Le tube protecteur et sa poignée sont fenêtrés dans toute leur étendue. Il a 36 cent. de longueur. La fenêtre a 5 millim. de largeur.

3° RESSORT.

Le ressort est constitué par deux lames d'acier, minces et

superposées et longues de 63 centimètres (A, E. Fig. 1).

Réunies à l'une de leurs extrémités par une petite pièce d'acier perforée en son centre, ces deux lames s'articulent à l'autre avec une pièce d'acier qui sert de support à un anneau métallique E, et qui lorsque l'instrument est armé se loge entièrement dans le bec du crochet.

Ce ressort n'a pas partout les mêmes dimensions. Dans les 10 centimètres qui avoisinent l'anneau E, il n'a que 4 millim. de largeur, partout ailleurs 8 millimètres.

L'anneau E tourne autour de la pièce qui le supporte et qui elle-même peut s'incliner à gauche et à droite du ressort. Il en résulte que cet anneau jouit d'une très grande mobilité.

4° FICELLE-SCIE.

Elle est constituée par une fine cordelette de chanvre, dite fil de fouet, sur laquelle sont enroulées presque perpendiculairement à son axe, les spires très rapprochées d'un fil de fer fin. Les deux extrémités de la cordelette sont dépourvues de fil de fer.

MANUEL OPÉRATOIRE

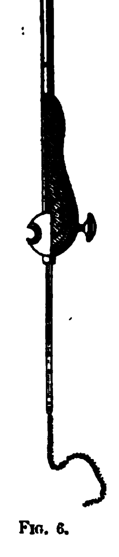
Le manuel opératoire de l'embryotomie pratiquée avec cet instrument comprend cinq temps :

1er TEMPS. — *Application du crochet.*

Avant d'appliquer l'instrument, il faut armer le crochet du ressort et de la ficelle-scie.

L'extrémité du ressort, à laquelle sera dans un instant fixée la ficelle-scie, est présentée au bec du crochet, et poussée progressivement dans l'intérieur du tube. La monture de l'anneau E finit par pénétrer elle-même dans le crochet. La vis V serrée à fond, fixe le ressort dans cette situation, et empêche l'anneau de s'éloigner du bec du crochet.

Il reste à faire passer une des extrémités de la ficelle dans l'orifice dont est percée la pièce placée à l'extrémité du ressort et à l'attacher à l'aide d'un nœud simple (Fig. 6).


Fig. 6.

Ainsi préparé, le crochet va être introduit dans les organes maternels et passé autour du cou du fœtus.

Pour cela, tandis qu'un aide abaisse ce cou en exerçant des tractions sur le bras préalablement amené au dehors, une main est introduite profondément dans les parties maternelles, et embrasse avec deux doigts au moins, le cou du fœtus : le pouce en avant de lui, l'index et le médius, ou seulement l'index en arrière.

Le crochet saisi de l'autre main est glissé à plat, le bec tourné vers la paume de la main qui sert de guide, et porté à la rencontre du cou en passant entre le fœtus et la paroi antérieure de l'utérus. Il le dépasse, guidé par les doigts qui embrassent le fœtus : on lui imprime alors un mouvement de rotation qui ramène son bec directement en arrière.

Puis on tire sur le manche du crochet en le portant un peu en avant, de façon à embrasser le cou du fœtus.

Il pourra, dans certains cas, être nécessaire de faire suivre un autre chemin au crochet, et de l'introduire en passant entre la paroi postérieure de l'utérus et les parties fœtales. La seule différence opératoire consiste en ce qu'on ramène en avant le bec du crochet.

Le cou embrassé par le crochet, on peut tenir le succès de l'opération pour acquis.

2e TEMPS. — *Saisie de l'anneau et passage de la ficelle-scie.*

L'anneau est, d'ordinaire, senti aussitôt par un des doigts qui embrassaient le cou, dans le premier temps de l'opération. S'il était masqué par un pli de la peau, une légère traction sur la poignée du crochet, ainsi que de très petits mouvements de rotation à gauche et à droite ; le rendraient facilement accessible.

Le bout de l'index est introduit dans l'anneau (Fig. 2).



Fig. 7.

A ce moment on desserre complètement la vis V de façon à permettre à la ficelle-scie de parcourir le tube, et l'on amène sans peine l'anneau et le ressort jusqu'à la vulve.

3e TEMPS. — *Introduction du tube protecteur.*

Lorsque l'anneau et la partie étroite du ressort qui lui fait suite sont au dehors, l'opérateur confie le crochet à un aide. Il saisit alors le tube protecteur et engage dans son extrémité la partie étroite du ressort. En tirant sur l'anneau il fait s'engager à son tour la partie large du ressort dans le tube (Fig. 7).

L'anneau est dès lors simplement maintenu fixe, et le tube poussé doucement dans l'intérieur des organes. Il glisse ainsi sur le ressort qui lui sert de conducteur, et arrive à toucher le bec du crochet.

4e TEMPS. — *Articulation.*

Quand l'anneau a dépassé l'extrémité inférieure de la poignée du protecteur le pivot est engagé dans la mortaise, les parties rectilignes du crochet et du tube rapprochées jusqu'au parallélisme, et le pivot serré à fond.

On achève de dégager entièrement le ressort, et un coup de ciseaux le sépare de la ficelle-scie (Fig. 8).

5e TEMPS. — *Décollation.*

L'instrument étant soutenu par un aide, l'accoucheur saisit chacun des chefs de la ficelle-scie d'une main, et lui imprime de rapides mouvements de va-et-vient.

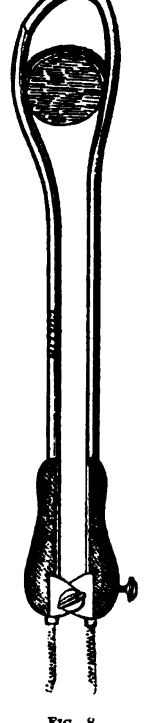


FIG. 8.

En quelques secondes la section du cou est terminée.

L'instrument est retiré sans le désarticuler.

L'extraction successive des deux tronçons du fœtus ne présente rien de particulier à signaler.

AVANTAGES DE L'INSTRUMENT

Les difficultés du placement du crochet une fois vaincues (et elles existent, quel que soit le crochet employé) l'embryotome qui vient d'être décrit me paraît offrir quelques avantages.

Il est simple, facile à démonter, facile à nettoyer et à rendre aseptique. Dans de très nombreux essais sur le mannequin, mes élèves et moi, avons pu toujours introduire sans peine le bout de l'index dans l'anneau, et ce temps de l'opéra-

tion exécuté, la décollation a été terminée en quelques secondes.

Les parties maternelles sont absolument protégées par l'instrument, après son articulation.

On a discuté pour savoir si la section du cou, faite à l'aide d'une scie agissant de bas en haut, n'était pas préférable à celle qui est opérée de haut en bas.

Le segment inférieur de l'utérus, aminci et distendu depuis de longues heures par l'épaule engagée, est dans le second cas obligé de supporter le contre-coup des pressions que la scie exerce sur le cou du fœtus pour l'entamer.

Le rapprochement des parties rectilignes de l'embryotome en empêchant le cou du fœtus de s'abaisser, et en lui donnant le point d'appui nécessaire pour rendre efficace l'action de la scie, met le segment inférieur de l'utérus à l'abri des pressions dangereuses.

J'ai employé pour la première fois cet embryotome sur le vivant, en 1883. Depuis cette époque, j'ai eu trois occasions de pratiquer avec lui la décollation ou la détroncation.

La relation de ces quatre faits terminera ce travail.

OBSERVATION I. — *Présentation de l'épaule. — Procidence du cordon. — Rétraction de l'utérus. — Décollation pratiquée à l'aide de l'embryotome du* Dr RIBEMONT-DESSAIGNES. — *Guérison.*

La nommée L... femme B..., 34 ans, V pare, entre à l'hôpital Tenon, pavillon Baudelocque, chambre 5, le 28 novembre 1883, à 2 heures du matin.

Cette femme a déjà eu quatre enfants dont un seulement avant terme.

Tous se sont présentés par le sommet.

La grossesse actuelle n'a rien offert de particulier. Elle n'est pas arrivée tout à fait à son terme.

Le travail s'est déclaré le 20 novembre à 3 heures de l'après-midi. Les contractions se sont suivies régulièrement dans la nuit du

20 au 21. Une sage-femme appelée le 21 au matin, constate l'existence d'une petite dilatation. Il lui est impossible d'atteindre avec le doigt une partie fœtale. Le 22 dans la soirée les membranes se rompent. La sage-femme constate alors qu'il s'agit d'une présentation du tronc. La dilatation lui paraissant suffisante elle essaye de pratiquer la version; mais en vain.

Elle fait appeler successivement deux médecins qui essayent, à leur tour, sans plus de résultats, d'aller chercher les pieds de l'enfant. Il y eut ainsi dix tentatives de version faites en ville.

On se décide alors à amener la femme B... à l'hôpital.

L'utérus est dur, fortement rétracté, au point de rendre le palper infructueux.

On n'entend pas les bruits du cœur fœtal.

Le doigt introduit dans le vagin y rencontre d'abord une anse de cordon sans traces de battements.

Il est facile de reconnaître l'épaule droite en Acromio Iliaque Droite, variété brachiale.

Une des sages-femmes, puis l'interne du service, M. Moussous, essayent d'introduire la main dans l'utérus, ils y renoncent promptement à cause de l'état de rétraction de l'organe et me font prévenir aussitôt.

J'arrive à 6 heures du matin près de la parturiente et sans faire une nouvelle tentative de version, je me mets en devoir de pratiquer la décollation, en employant mon embryotome.

Après avoir placé un lacs sur le poignet droit, j'introduis la main gauche dans les organes génitaux, jusqu'à ce que je puisse me bien rendre compte de la situation du cou. Le pouce étant placé au devant de lui et l'index en arrière, je saisis le crochet de la main droite et le plaçant à plat, je le fais glisser sur la face antérieure de mon avant bras, et le pousse dans la paume de ma main. Puis je lui fais longer mon pouce, et, jugeant qu'il a pénétré assez pour pouvoir embrasser maintenant le cou du fœtus, je lui imprime un mouvement de rotation qui s'exécute sans difficulté.

Je sens aussitôt l'anneau métallique au bout de mon index. Je libère la ficelle-scie, et je tire à moi l'anneau qui entraîne le ressort. J'engage le protecteur sur la partie étroite du ressort, et le pousse jusqu'à ce que l'articulation soit possible.

Je confie à mon interne le soin de soutenir l'instrument et saisissant les deux chefs de la ficelle-scie, après m'être débarrassé du

ressort, j'imprime à cette ficelle de rapides mouvements de va-et vient, et je sens presque aussitôt qu'elle pénètre dans les tissus du fœtus.

En 25 secondes la section du cou est effectuée.

L'opération a duré en tout 2 minutes.

L'instrument est retiré.

Le tronc est entraîné au dehors par tractions faites sur le bras droit. L'extraction de la tête ne présente aucune difficulté; un doigt introduit dans la bouche suffit à la faire sortir.

Une injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten est pratiquée aussitôt après la délivrance qui est naturelle.

Suites de couches normales.

La femme B..., quitta l'hôpital le 2 octobre 1883 en très bon état de santé.

Observation II. — *Présentation de l'épaule. — Enfant mort. Détroncation avec l'embryotome du* Dr Ribemont-Dessaignes. — *Guérison.*

Le 8 novembre 1884, à 5 heures du soir, la femme M..., primipare, âgée de 21 ans, se présente à l'hôpital Beaujon, service du Dr Ribemont-Dessaignes. Elle a eu ses dernières règles au commencement de mars, et n'est par conséquent arrivée qu'au huitième mois de sa grossesse.

La sage-femme de garde constate que le col est effacé et commence à s'entr'ouvrir. Les membranes sont entières, et bien qu'elle ne rencontre aucune partie fœtale dans le bassin, elle envoie cette femme chez une sage-femme agréée.

Le 10. Je suis appelé par cette sage-femme et je reconnais l'existence d'une présentation de l'épaule gauche en Acromio-Iliaque-Gauche. La dilatation a la dimension d'une pièce de 5 fr. Les bords de l'orifice sont rigides.

Les bruits du cœur fœtal sont modifiés. Je m'empresse de faire transporter M... dans mon service hospitalier.

Le lendemain matin, 11 novembre, la dilatation est à peu près complète, l'enfant a succombé dans la nuit. Je procède à l'embryotomie. Le bras gauche est amené au dehors et fixé par un lacs.

J'introduis la main droite jusqu'au cou, et je conduis le crochet

sur mon avant-bras, à plat. Puis arrivé au-dessus du niveau du cou je fais tourner le crochet de façon à diriger son bec en arrière et à embrasser le cou du fœtus.

Après un instant de recherches, je sens l'anneau métallique et j'y introduis l'extrémité de l'index. Il est facile d'entraîner le ressort et la ficelle-scie. La section du fœtus demande une manœuvre de va-et-vient plus longue que d'ordinaire. L'explication m'en est bientôt donnée.

L'embryotome a embrassé non seulement le cou mais le thorax que la ficelle-scie a coupé en écharpe, de telle façon que des tractions exercées sur le bras gauche entraînent le cou et la tête. La main introduite dans l'utérus va sans peine chercher l'autre bras, et le reste du corps est amené au dehors.

L'opération tout entière a duré 5 minutes.

Délivrance naturelle à 10 h. 35.

Injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten. Suites de couches normales

Observation III. — *Présentation de l'épaule. — Décollation pratiquée avec l'embryotome du* Dr Ribemont-Dessaignes. — *Basiotripsie sur la tête restée dans l'utérus. — Guérison.*

La femme Bl... secondipare, domestique, âgée de 26 ans, arrive à l'hôpital Beaujon le 5 octobre à 10 heures du matin. Elle est admise immédiatement dans la salle Ste-Paule.

Elle est en travail depuis le 2 octobre à 6 heures du soir. Deux médecins et une sage-femme ont été en ville appelés près de cette femme et ont cherché en vain à pratiquer la version.

La dilatation est complète. Le tronc de l'enfant est facilement reconnaissable à la saillie des côtes. L'épaule droite se présente en acromio-iliaque-gauche, variété cubitale. Le cou est très élevé et en rapport avec la fosse iliaque gauche.

L'enfant a succombé.

L'embryotomie s'impose.

L'opération est rendue très laborieuse, tant par la situation occupée par le cou, que par l'engagement partiel de la région latérale du fœtus. Après plusieurs tentatives infructueuses pour placer le crochet, en le faisant cheminer entre la paroi antérieure de l'utérus

et le plan postérieur du fœtus, je désespère un moment de réussir et j'essaye de me servir des ciseaux de Paul Dubois. Je suis obligé de les introduire entièrement dans les organes génitaux avant d'atteindre le cou. Je ne puis assez surveiller l'action des lames et je renonce de suite à ce procédé opératoire. En attendant l'embryotome de M. Tarnier que j'ai envoyé chercher, je reprends mon crochet et je cherche à le placer en le glissant entre la paroi postérieure de l'utérus ou le fœtus. J'y parviens assez aisément. A ce moment le manche du crochet est au niveau de la vulve. Je puis cependant atteindre du bout du doigt l'anneau, ce qui me permet alors d'achever rapidement l'opération.

Elle a duré près d'une heure. Le tronc est amené avec assez de facilité, mais la tête ne peut s'engager, bien que je fasse exercer à travers l'abdomen des pressions sur elle, en même temps que deux doigts introduits dans la bouche tirent énergiquement sur le maxillaire inférieur. Je fais alors une application de forceps sur cette tête, mais à ma grande surprise elle résiste. Je me décide alors pour ne pas exposer la femme à des contusions inutiles, à faire la basiotripsie. Grâce à elle je puis achever de débarrasser la parturiente.

L'enfant pèse 3400 grammes sans la matière cérébrale.

Délivrance naturelle, une demi-heure après. D'abondantes injections intra-utérines sont immédiatement pratiquées.

Pendant les quatre premiers jours la température s'éleva à 38° le soir. Le vagin et la vulve présentèrent quelques eschares qui furent saupoudrées d'iodoforme.

La température ne dépassa plus 37° à partir du cinquième jour et la femme Bl... quitta l'hôpital, en très bonne santé, le 26 octobre.

Observation IV. — *Présentation de l'épaule. — Enfant putréfié. — Embryotomie pratiquée avec l'embryotome du* Dr Ribemont-Dessaignes. — *Application du forceps sur la tête restée seule. — Irrigation continue. — Guérison.*

C... Alphonsine, 34 ans, sans profession, est apportée à l'hôpital Beaujon le 29 décembre 1886 à 2 heures de l'après midi et admise immédiatement dans le service d'accouchement.

Cette femme a toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 18 ans elle a déjà eu quatre grossesses. Les trois premières se sont terminées par la naissance d'enfants vivants. La dernière a donné lieu à une présentation de l'épaule. On fit la version mais l'enfant succomba.

Au moment de son entrée à la salle d'accouchement on constate que l'enfant est mort, car le cordon déchiré et déjà putréfié pend entre les jambes de la femme, ainsi qu'une main garnie d'un lacs.

Les membranes se sont rompues à minuit le 24 décembre, mais comme les douleurs manquaient, la malade continua à vaquer à ses occupations, incommodée seulement par l'écoulement continu du liquide amniotique.

Le 28 en se levant, elle s'aperçut qu'une anse de cordon assez longue sortait par la vulve, et elle envoya chercher une sage-femme qui la rassura et l'engagea à ne pas se préoccuper de cet accident.

Elle continua donc à s'occuper des soins de son ménage, l'anse de cordon s'allongea considérablement et finit par se rompre sous l'influence des frottements ou des tiraillements subis pendant la marche.

Le 29 au matin, une main était à la vulve. La sage-femme rappelée, chercha en vain à faire la version; et envoya sa cliente à l'hôpital.

A son arrivée, on constate l'existence d'une présentation de l'épaule gauche en Acromio-Iliaque Gauche. Le fœtus est petit et semble âgé de 7 mois 1/2 à 8 mois. Bassin normal.

Le col de l'utérus est revenu sur lui-même, et l'orifice est très peu dilaté.

La main gauche et le cordon, rompu et déjà putréfié, pendent à la vulve.

Les organes génitaux laissent s'écouler un liquide brunâtre d'odeur putride.

Pas de contractions utérines.

Pas de crépitation au niveau de l'utérus.

On prévient M. Ribemont-Dessaignes, qui, en présence des dangers que la putréfaction de son fœtus fait courir à cette femme, se décide, bien que l'orifice utérin soit peu dilaté, à essayer de pra tiquer de suite l'embryotomie.

L'introduction du crochet présente quelques difficultés, à cause de l'étroitesse du col qui laisse juste passer l'instrument et de la situation élevée du cou. Après plusieurs tentatives le crochet embrasse le cou du fœtus. Quelques secondes après la décollation est effectuée.

On exerce alors des tractions sur le bras gauche, mais celui-ci s'arrache aussitôt au niveau de l'épaule.

On va à la recherche du bras droit qui résiste un peu plus et permet d'entraîner le tronc au dehors. Le doigt introduit dans la bouche sent bientôt que le maxillaire cède ; on renonce à extraire ainsi la tête, et on fait sur elle une application de forceps.

L'opération tout entière a duré près de trois quarts d'heure.

A 7 heures du soir la malade a un violent frisson. Temp. 40°,4. Pouls 120.

On pratique l'irrigation utérine et vaginale continue avec une solution à saturation d'acide borique.

La canule employée est celle que M. Pinard a fait construire en étain.

A minuit, Temp. 36°.

L'irrigation est continuée sans interruption le 30 et le 31 jusqu'à 10 heures du matin. Le 1er et le 2 janvier, on fait matin et soir une injection intra-utérine avec la liqueur de Van Swieten dédoublée.

L'état général est excellent. La température ne dépasse pas 37°.

La malade quitte l'hôpital, guérie, le 12 janvier 1887.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(*suite*) (1)

Par le Dr **A. Pinard**, Professeur agrégé, Accoucheur de Lariboisière,
Et **H. Varnier**, interne des hôpitaux.

II

CYSTITE GANGRÉNEUSE ET RÉTROVERSION

Il nous paraît évident que les lésions en apparence différentes rencontrées dans les trois dernières catégories de faits (C. D. E.) que nous venons d'analyser (*exfoliation de la*

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, numéros de novembre 1886 et de février 1887.

muqueuse; de la muqueuse et de la musculeuse; de la muqueuse, de la musculeuse et du péritoine) ne sont que des degrés divers d'une seule et même maladie.

Cette maladie est une cystite gangréneuse. Nous allons essayer de l'établir.

La rétention d'urine et la surdistension vésicale qu'elle produit, ne sauraient en effet suffire à expliquer ces singulières exfoliations.

La rétention étant en général le phénomène dominant, il était naturel qu'on fût tout d'abord porté à lui attribuer le rôle capital. C'est ce qu'a fait Schatz. Frappé, dans le cas observé par lui, de l'existence, au niveau du sommet de la vessie, d'un épanchement sanguin situé à la surface externe du sac musculo-muqueux détaché, Schatz a édifié sur cette seule observation une théorie qu'il prétend appliquer à tous les cas où il y a eu exfoliation.

Pour lui, le décollement de la muqueuse, doublée ou non de la musculeuse, survient sous l'influence de la surdistension de la vessie.

Ce décollement commence au sommet de l'organe pour s'étendre de là vers le col. Autrement on ne comprendrait pas, dit-il, que le sac nécrosé fût sans autre ouverture que celle du col, et qu'il ait été trouvé, dans certaines observations, continu avec la muqueuse cervicale non encore détachée. Schatz n'éprouve d'ailleurs aucun embarras à expliquer pourquoi le décollement en question commence toujours au sommet de la vessie. C'est là, en effet, que la pression qui s'oppose à la distension de l'organe se trouve à son minimum (?).

Or, les différentes membranes qui composent la paroi vésicale ont une extensibilité inégale qui se manifestera tout d'abord en ce point. Pendant que le péritoine et la couche musculaire externe prêtent et peuvent se laisser distendre encore, la muqueuse et la couche musculaire interne atteignent beaucoup plus tôt les limites de leur extensibilité. Par conséquent ces deux couches vont se décoller l'une de l'autre,

et le vide ainsi créé se remplira de sang et de sérum, peut-être même, par suite de l'ulcération de la muqueuse, d'urine.

Les épanchements sanguins successifs ainsi produits forment sur la membrane la plus interne, dans l'espace vide, un caillot qui peu à peu s'étend du sommet jusqu'au col.

Malheureusement on peut faire à cette explication fort ingénieuse de Schatz les objections suivantes :

1° Dans bien d'autres circonstances que la rétroversion de l'utérus gravide la vessie est surdistendue sans qu'on observe pour cela l'exfoliation de la paroi vésicale, qui n'a pour ainsi dire été rencontrée jusqu'ici que dans la *rétroversion de l'utérus gravide* et, comme nous le montrerons plus loin, à *la suite d'accouchements laborieux.*

2° L'observation de Schatz est la seule dans laquelle ce fameux caillot, base de toute la théorie, ait été rencontré (1).

3° Il est des cas où le décollement a commencé au niveau du col, comme le prouvent les autopsies dans lesquelles le sac n'a été trouvé adhérent qu'au sommet de la vessie.

4° Cette théorie n'explique pas les faits de Madurowicz, Frankenhaüser et Krukenberg. (La musculeuse et le péritoine se sont détachés d'un seul morceau avec la muqueuse.)

5° Enfin on a observé l'exfoliation dans des cas où il n'y a jamais eu ni rétention ni surdistension de la vessie. (Spencer Wells, Mauer.)

Cette action exclusivement mécanique de la rétention d'urine ne saurait d'ailleurs être incriminée dans d'autres cas, qui cependant présentent avec les précédents une analogie tellement frappante, au point de vue de l'étiologie, de la marche et de la terminaison, qu'il est tout naturel de supposer, pour tous, le même processus.

Or ici l'inflammation gangréneuse est évidente soit qu'elle revête la forme diffuse, soit qu'elle soit plus circonscrite.

---

(1) Si bien que Mauer a pu dire (en s'appuyant sur un certain nombre d'observations) dans une des conclusions de sa thèse : *L'exfoliation de la muqueuse commence au niveau du col et non au sommet.*

Dans certains cas, en effet, on observe de *la gangrène diffuse de toute l'étendue et de toute l'épaisseur* de la paroi vésicale qui, *sans exfoliation ni perforation,* a été trouvée sur le point de se rompre.

Bamberger (de Vienne) (1) a vu une femme de 36 ans qui, au cinquième mois de sa grossesse, fut atteinte de rétention d'urine avec fièvre, douleurs de ventre, etc. Cette femme ne pouvant uriner qu'avec une sonde, entre à l'hôpital pour des accidents urémiques. Là, on constate que la vessie remonte à un pouce au-dessus de l'ombilic et qu'il existe une rétroversion de l'utérus. A l'aide du cathétérisme on retire une grande quantité d'urine fétide renfermant un dépôt abondant de cellules épithéliales et de globules de pus. Deux jours après, réduction de l'utérus suivie d'avortement. La malade tombe dans le coma et meurt le lendemain, un mois après le début des accidents.

A l'autopsie on trouve la vessie remontant au-dessus de la symphyse sous la forme d'un sac mou, à cloisons épaisses, adhérent intimement en avant aux parois abdominales, etc.

Au niveau des adhérences la paroi vésicale était détruite par places, en sorte que les organes n'étaient séparés de la cavité de la vessie que par une couche de tissu gangréné recouvert d'une sanie putride.

Dans un autre fait observé par *Dray T.* (2) la vessie a été trouvée à l'autopsie gangrénée, sans exfoliation ni perforation.

Il s'agissait d'une femme de 32 ans qui, au cinquième mois de sa grossesse, atteinte d'une rétroversion, fut prise d'une rétention d'urine presque complète. Le cathétérisme donna issue à 3 pintes d'urine très colorée, et il en fut de même le lendemain. Dès lors le cathétérisme dut être pratiqué matin

(1) Obs. citée par Elleaume. *De la rétroversion utérine dans l'état de grossesse.* Paris, 1860 (prix Capuron), p. 64.

(2) Mortification of the bladder in a Woman pregnant for five months. *Med. and phys. journal,* London, 1800. III, 456-459.

et soir jusqu'au dixième jour. A ce moment l'urine exhala une odeur épouvantable, la maladie empira et la mort survint le vingt-troisième jour.

Enfin *Valenta* a publié en 1883, dans les Memorabilien (p. 193), une observation remarquable dont voici le résumé :

Une femme de 40 ans est apportée à sa clinique dans un état désespéré. Enceinte de 4 mois elle éprouvait des troubles de la miction depuis environ 3 semaines et avait depuis 2 jours une rétention d'urine complète. L'examen révéla l'existence d'une rétroversion qu'on essaya mais en vain de maintenir réduite.

La vessie remontait jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le cathétérisme donna issue à 3 litres d'urine.

Depuis ce moment le cathétérisme fut pratiqué toutes les 4 ou 6 heures.

L'état local empira; l'urine devint sanguinolente, fétide, renfermant des débris membraneux qui obstruaient les yeux de la sonde et rendaient impossible l'évacuation de la vessie. Symptômes de péritonite purulente. La malade avorta le 28, et mourut le 2 février.

A l'*autopsie* on trouva une tympanite énorme, une grande quantité de pus dans l'abdomen. La vessie intimement unie à la paroi, à l'intestin, à l'utérus remontait jusqu'à l'ombilic et était remplie d'urine fétide, d'un jaune brunâtre. La muqueuse vésicale était gangrénée surtout au voisinage du col. L'utérus était maintenu en rétroversion dans le cul-de-sac de Douglas par des adhérences fibrineuses récentes.

Dans ces cas, comme dans ceux des catégories C. D. E. il s'agit de *femmes qui, entre le 2e et le 5e mois de la grossesse, ont une rétroversion de l'utérus gravide, de la rétention d'urine plus ou moins marquée, des phénomènes de cystite;* qui, toujours comme dans les cas précédents, *succombent dans le mois qui suit le début des accidents,* et chez lesquelles on trouve à l'autopsie *de la gangrène diffuse de la paroi vésicale.*

Enfin il reste une dernière catégorie de faits (ce sont presque les seuls qu'ait étudiés Krukenberg), dans lesquels la gangrène est à la fois plus circonscrite mais plus profonde. Nous les avons réunis dans le tableau ci-contre (1) (p. 344).

Il ressort de ce tableau qu'ici encore il s'agit de femmes qui, du troisième au cinquième mois d'une grossesse, sont prises brusquement ou peu à peu de rétention d'urine.

L'examen local montre qu'il existe une rétroversion de l'utérus gravide, une cystite survient, suivie de gangrène et de rupture de la vessie. Mort dans le mois.

Si l'on veut bien rapprocher tous ces faits, on verra qu'ils demandent à être rassemblés dans une description commune sous la dénomination de *cystite gangréneuse*.

La cystite gangréneuse consécutive à la rétroversion, présente donc 3 degrés, 3 formes si l'on veut.

Une *forme exfoliante* (catégories C, D, E).

Une *forme diffuse* (cas de Bamberger, de Dray, de Valenta).

Une forme *ulcéreuse et perforante* (cas du tableau I).

Voyons maintenant pourquoi la cystite consécutive à la rétroversion, affecte si souvent cette forme gangréneuse.

Voici comment Kleim dans sa thèse, inspirée par Frerichs, a compris l'étiologie de ces gangrènes.

---

(1) Certains auteurs citent, comme un exemple de cystite gangréneuse consécutive à la rétroversion de l'utérus gravide ayant déterminé une fistule vésico-intestinale, une observation publiée par Macleod dans le Glasgow Med. Journal de 1857. (*Case of complete retroversion of the uterus where the mother died, undelivered, in the tenth month of her pregnancy*).

Il existait bien, en effet, chez cette femme, comme on put s'en assurer à l'autopsie, une perforation de l'arc transverse du côlon en son milieu qui était adhérent *à l'utérus*, en rétroversion complète et renfermant un fœtus macéré d'environ 5 mois.

Mais la vessie était saine et contenait une petite quantité d'urine.

TA[illegible]

NEUF CAS DE CYSTITE GANGRÉNEUSE CONSÉCUTIVE A LA RÉTROVE[illegible]

AUTEUR	SOURCE	AGE DE LA GROSSESSE lors du début des accidents	TROUBLES DE LA MI[illegible]
1. VAN DŒVEREN.	Obs. acad. Groningae, p. 83. 1765.	2 mois.	Dysurie progressive, re[illegible] remontant jusqu'à l'ombili[illegible]
2. W. HUNTER.	Med. obs. and. Inq. Vol. IV p. 58. 1771.	3 mois 1/2.	Rétroversion brusque [illegible] de rétention.
3. LYNN.	Ibid. p. 388.	4 mois.	Rétroversion brusque [illegible] de rétention.
4. NAUMBURG.	Stark's Arch. Bd 6 S. 381. 1796.	Fin du 4e mois.	Miction goutte à gou[illegible] et douloureuse.
5. SAXTORPH.	Gesammelte Abhandl S. 261. 1803.	5e mois.	N'urine depuis 3 sem[illegible] que goutte à goutte [illegible] avec grandes douleurs[illegible]
6. CRANINX.	In Moreau. Traité pratique des accouchem. T. I, p. 230. 1838.	2 mois.	6e semaine de la grossesse, [illegible] miction; à 2 mois rétention[illegible] que; entre à l'hôpital le 2e [illegible] péritonite et hecticité.
7. SOUTHEY.	Loc. cit.	4e mois.	Rétention complète, i[illegible] sion, gangrène.
8. SCHWARZ.	Centralbl. f. Gynæk., no 6. 1880.	4 à 5 mois.	Rétroversion brusque [illegible] mois, miction difficile p[illegible] dant un mois.
9. VALENTA.	Memorabilien. 1883. N. F. III. 1-5.	5e mois.	Rétroflexion. Rétention pendant [illegible] puis incontinence.

…UTÉRUS GRAVIDE ET SUIVIE DE RUPTURE DE LA VESSIE

TRAITEMENT	ÉPOQUE de la rupture	DATE DE LA MORT	RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE
…ce cathétérisme.	Nuit du 23e au 24e jour.	Mort subite le 24e jour.	Autopsie. — En arrière de la vessie affaissée, vide, remontant jusqu'à l'ombilic, rupture d'un pouce de long à *bords sphacélés.* Utérus gravide, 3 mois, remplissant tout l'espace libre du bassin.
…térisme sans grand …ltat. Ponction ju… necessaire mais …isée.	Le 3e jour.	Mort le 4e jour après avortement.	9 à 10 pintes d'urine dans le ventre. Vessie flasque, vide et rompue près de son fond; *bords de la rupture gangrénés.* Rétroversion de l'utérus.
…térisme impossible. …uction proposée, …s refusée.	Le 7e jour.	Mort le 8e jour après avortement.	*Vessie gangrénée* : une vaste déchirure avait livré passage dans le ventre à 10 pintes d'urine environ.
… de cathétérisme.		Mort 28e jour.	Une livre d'urine dans la cavité abdominale. Vessie très distendue; surface interne partout ulcérée. En arrière petite perforation arrondie, fond de l'utérus prof. situé dans le bassin.
…rph est appelé lors… la malade est mou…te.		Mort 3e semaine.	Grande quantité d'urine dans la partie inférieure du ventre. Fond de l'utérus profond. caché dans le bassin. Vessie affaissée, très grande, rompue sur sa face postérieure.
… à l'hôpital, cathétérisme. … sanguinolente, très … Position de l'utérus par le … Réduction. Cathétérismes … sonde à demeure.		Mort la nuit qui suit la réduction, 1 mois après début des accidents.	Péritonite généralisée. Vessie percée d'une ouverture gangréneuse. Utérus enclavé.
…térismes répétés. …is sonde à demeure.	Le 19e jour sympt. de péritonite par perforation.	Mort 20e jour.	Ouverture gangréneuse de la paroi postérieure de la vessie dont la muqueuse présente des plaques gangréneuses disséminées.
…thétérismes rares.	A l'arrivée à l'hôpital, marasme, péritonite généralisée (18e semaine).	Mort 2 jours après, 4 semaines environ après le début des accidents.	5 litres d'urine dans l'abdomen. Vessie dépassant la symphyse de 13 centim. En arrière et à gauche du sommet, dans l'étendue d'une pièce de 2 thalers adh. intime avec int. grêle. En rompant adhérence on met à nu un trou de la paroi vésicale. Muq. vésicale pâle. Utérus remplissant entièrement le bassin.
	Femme apportée mourante avec symptômes de péritonite remontant à 12 jours, époque à laq. était survenue la rétention qui dura 24 heures. 5 jours av. l'entrée rupture de la vessie dans l'intestin.	Mort 3 jours après, 15 jours après le début des accidents.	Vessie énorm. distendue jusqu'à l'ombilic; urine à odeur fécaloïde. Toute la muqueuse gangrénée. Au sommet de la vessie sont soudés 40 centim. d'intestin grêle communiquant par 2 ouvertures avec la vessie. Bassin complètement rempli par l'utérus gravide, de 5 mois, rétrofléchi.

L'utérus rétrofléchi écrasant le col de la vessie *contre la symphyse pubienne*, il en résulte une rétention d'urine qui amène une *distension énorme de la vessie* avec dilatation des uretères et des bassinets.

Probablement *sous l'influence de cathétérismes répétés* surviennent une décomposition de l'urine, l'inflammation et l'infiltration diphtéritique de la muqueuse.

Voici donc une muqueuse, profondément altérée du chef de cette infiltration diphtéritique, soumise à une énorme pression excentrique qui tend encore à diminuer sa vitalité.

Si à ces deux causes vient s'ajouter encore, en un point quelconque, une pression mécanique, l'altération nutritive atteindra évidemment en ce point son maximum.

C'est justement ce qui se passe pour la région du col dans les cas en question.

Cette région, dit Kleim, est écrasée directement par l'utérus gravide; contre elle, fait sans cesse effort l'urine qui cherche en vain à sortir. C'est sur elle qu'agit encore l'introduction réitérée du cathéter. Le traumatisme répété exercé par l'usage régulier de la sonde produit bientôt des érosions. Or il est peu vraisemblable que ces érosions tendent à se cicatriser sur une muqueuse déjà enflammée et sur le point de se sphacéler. Elles vont bien plutôt se transformer en ulcères qui s'étendront rapidement dans toutes les directions, sur un terrain si favorable, et feront le tour du col. En un point de cette ulcération, par suite de la tension énorme que subit la paroi vésicale, se produira une perforation et dès lors, de la même façon que dans un anévrysme disséquant le sang s'infiltre entre les diverses tuniques artérielles, l'urine s'infiltrera dans le tissu rattachant la vessie aux parties voisines et décollera complètement la paroi vésicale, formant ainsi un nouveau réservoir pour l'urine.

Quand il s'agit d'expliquer pourquoi dans un cas la muqueuse seule, pourquoi, dans d'autres, la muqueuse avec partie ou totalité de la musculeuse sont décollées par l'urine, Kleim n'est pas plus embarrassé que Schatz. On peut, dit-il,

incriminer l' « Incongruenz der Elasticitäts cœfficienten »!!

Comprenne qui voudra l'Incongruenz der Elasticitäts cœfficienten. Mais en laissant de côté cette dernière partie par trop allemande de la théorie, nous nous contenterons de lui objecter :

1° Qu'elle n'explique ni les cas de Frankenhäuser, de Madurowicz et de Krukenberg, ni ceux du tableau I dans lesquels le maximum des lésions (la perforation) s'observe *loin du col sur la face postérieure*.

2° Qu'elle suppose l'existence constante de la rétention d'urine complète et de cathétérismes répétés, qui manquent dans un certain nombre de cas.

3° Qu'enfin il est des observations d'exfoliation de la muqueuse où le seul point respecté est précisément le voisinage du col.

Nous ne retiendrons donc de cette théorie de Kleim que ce seul fait : les lésions sont consécutives à une cystite dont la production est aisée à comprendre, et qui agit sur un terrain dont la vitalité laisse à désirer.

Elle se développe ici, comme dans beaucoup de cas, sous l'influence de l'altération d'une urine qui ne trouve pas une issue facile. Cette urine s'altère pas le seul fait que la vessie se vide mal, incomplètement, et il est possible que dans certains cas le cathétérisme non aseptique ne soit pas étranger à cette altération.

Cette influence de la rétention (prise dans son acception la plus large, en dehors de toute idée de surdistension) est d'observation clinique courante en dehors même de tout cathétérisme. *On voit dans certains des cas cités plus haut l'urine présenter les caractères de la décomposition ammoniacale dès le premier cathétérisme.*

May (1) à démontré expérimentalement cette action de la rétention et il ressort de ses expériences que la rétention

(1) Loc. cit.

incomplète, intermittente, a plus d'influence que la rétention complète.

Ayant provoqué la rétention d'urine chez des chiens soit en liant l'urèthre, soit en y introduisant des fragments de laminaire, il a vu que dans la rétention complète, les animaux mouraient d'urémie en 1 jour ou 2 jours. A l'autopsie on trouvait la vessie remplie d'urine sanguinolente mais non décomposée, l'épithélium vésical détaché par places, un sédiment de cellules épithéliales sur le bas-fond et un grand nombre d'épanchements sanguins sous-muqueux principalement au sommet de l'organe.

Dans un cas où il *provoqua la rétention d'une façon intermittente, survint une décomposition alcaline de l'urine et une inflammation gangréneuse de la muqueuse vésicale.*

Donc sous l'influence de la rétroversion se produit une rétention complète ou incomplète d'urine. L'urine s'altère, la vessie s'enflamme.

Mais cela explique-t-il pourquoi et comment la gangrène survient ?

Ne voit-on pas tous les jours chez l'homme de ces cystites développées sous l'influence de troubles persistants de la miction qui nécessitent même des cathétérisme réitérés ?

On devrait dès lors sous l'influence des mêmes causes observer les mêmes effets.

Or si nous en jugeons par le résultat de nos recherches *l'exfoliation de la paroi vésicale n'a guère été rencontrée que chez la femme.*

Elle doit être chez l'homme absolument exceptionnelle. M. Guyon, dans son immense pratique, n'en a jamais vu.

Nous en avons trouvé quelques cas cités mais la plupart ne supportent pas l'examen.

Tels sont les faits de G. Buchanan, G. F. Shrady, Bosc, Liston.

Observation XVI

G. Buchanan de Glasgow (1).

M. C..., 60 ans, souffrant de dysurie depuis quelques années a vu son état empirer en décembre. Cystorrhée; envies fréquentes la nuit, douleurs et difficultés dans la miction. Diagnostic: Rétrécissement spasmodique de la région membraneuse; on passe facilement une sonde d'argent n° 5. Tous les jours on passe une bougie ; lavages vésicaux tous les deux ou trois jours. Amélioration. Le malade va aux eaux en Allemagne. En septembre suivant Buchanan le retrouve à Baden tout à fait guéri de ses phénomènes urinaires et apprend que l'amélioration s'est produite à la suite de l'expulsion par l'urèthre après des efforts considérables, d'une membrane blanche que le malade décrit comme un moule ayant exactement le volume de la vessie. Le malade ayant présenté ce moule à son médecin, *celui-ci déclara que c'était une exfoliation de la membrane muqueuse de la vessie.*

Depuis lors ce malade a guéri complètement. (Pas d'examen histologique.)

Observation XVII

G. F. Shrady (2).

Un homme de 45 ans ayant un rétrécissement de l'urèthre fait de l'infiltration d'urine pour laquelle on pratique l'incision périnéale classique.

Pendant un mois à la suite de cette intervention tout va bien puis le malade est pris d'une rétention brusque d'urine qu'on attribue à l'occlusion de la plaie périnéale par un corps étranger. Quelques heures après expulsion d'un moule complet de la muqueuse vésicale qui s'était formé sans aucun trouble de la santé générale.

---

(1) G. Buchanan. Exfoliation of the bladder. Brit. med. Journal, 1871, t. 2, p. 520.

(2) Case of diphteritic cast of the bladder passed through a perineal opening — Med Record. N. Y. 1 84 t. 25, p. 79.

La masse ainsi formée était tellement altérée qu'on ne put pratiquer d'examen microscopique. Mais il était évident qu'elle était plutôt un exsudat qu'une gangrène de la muqueuse par ce seul fait qu'il n'y eut pas de troubles de l'état général. Guérison.

Shrady croit que cet accident est très rare chez l'homme et, autant qu'il s'en souvient, il est le seul qu'on ait observé dans des circonstances semblables Le Dr Weir fait remarquer qu'il a vu des cas semblables chez la femme mais jamais chez l'homme.

Observation XVIII

Bosc (1).

Observation d'un rétrécissement de l'urèthre (chez un homme de 72 ans) suivi de rétention d'urine, de fistules urinaires et de cystite avec production de fausses membranes.

A l'autopsie, Bosc trouva dans la vessie une fausse membrane de la forme de cet organe, d'une épaisseur assez considérable, d'une couleur gris noir, simulant assez bien la muqueuse épaissie et détachée.

Cette pièce fut soumise à l'examen d'une commission composée de Blandin, Lenoir et Bérard.

La membrane, dit Bérard dans son rapport, a été considérée par M. Bosc comme étant de nouvelle formation. Plusieurs membres de cette Société ont élevé des doutes à ce sujet et ont paru croire que cette poche n'était autre chose que la membrane muqueuse détachée. M. Blandin a même fait remarquer, à sa surface, quelques faisceaux fibreux ayant de la ressemblance avec les faisceaux musculaires de la vessie. J'avoue malgré la justesse de cette remarque que je croirais plus facilement à l'organisation d'une membrane couenneuse à la face interne de la vessie, qu'à cette séparation régulière de toute la membrane muqueuse.

Observation XIX

Liston (2).

Il s'agit d'un homme de 70 ans qui fut pris de rétention d'urine.

---

(1) Société anat. Paris, 1827, p. 84.

(2) Pièce n° 1993 du Musée de Hunter of England. (Roy. Coll. of. Surgeons).

Le cathétérisme étant très difficile et les symptômes observés pouvant faire croire à un calcul, Liston pratique la taille sus-pubienne. Il sort par la plaie une membrane ressemblant exactement, dit le Catalogue du Musée de Hunter, à la muqueuse vésicale gangrénée et séparée tout d'une pièce.

Observation XX (1)

Vessie d'un homme qui souffrait d'un rétrécissement depuis plusieurs années. Cet organe est hypertrophié ; sa muqueuse est épaissie, ulcérée en plusieurs points, presque complètement détachée du tissu musculaire; elle n'adhère plus à la vessie qu'à sa partie inférieure, vers le commencement de l'urèthre.

« Cette pièce, dit Deneffe à qui nous devons cette observation, présente une haute importance au point de vue de la question que nous traitons en ce moment (Du décollement complet de la membrane muqueuse de la vessie) (2).

Il n'est pas possible d'admettre ici l'hypothèse de Bosc et de Bérard et de croire avec eux à l'organisation d'une fausse membrane à la surface de la muqueuse, et à son détachement consécutif. Séparée du tissu musculaire dans une grande partie de son étendue, la muqueuse a conservé près de l'orifice uréthral ses adhérences physiologiques. La nature de ce sac ne saurait être douteuse dans ce cas, car sa partie inférieure appartenant manifestement à la muqueuse uréthro-vésicale atteste l'origine de la partie supérieure devenue libre et flottante ». Pas d'examen histologique.

Il paraît cependant hors de doute que l'exfoliation de la membrane muqueuse de la vessie a été observée chez l'homme. Voici un cas, le seul que nous avons pu trouver, qui le prouve nettement.

---

(1) Pièce du Musée de St-George's hospital de Londres (série 39, sous-série 8, n° 1).

(2) Bullet. Soc. anat. 1862, 2ᵉ série, t. 7, p. 484.

Observation XXI

Henry Lee (1).

J. M., 38 ans, entre à Saint-George's hospital dans le service de Lee, le 29 août 1863.

On avait sondé sans résultat ce malade qui éprouvait de grandes difficultés à uriner. Il n'était pas sorti par la sonde une seule goutte d'urine. Le malade était dans un état très grave et on ne put obtenir aucun renseignement sur ses antécédents.

On ouvrit de chaque côté du scrotum un abcès qui laissa sortir une grande quantité de pus. Le malade mourut le 6 octobre.

A l'autopsie on trouva des lésions de péritonite récente. La vessie était irrégulièrement développée et à son sommet existait une petite ouverture.

A ce niveau les tissus étaient plus injectés que partout ailleurs. Dans la vessie il y avait une membrane blanche complètement détachée : c'était la plus grande partie de la muqueuse disséquée pour ainsi dire de la musculeuse et recouverte de dépôts phosphatiques.

Cette pièce fut soumise à l'examen d'une commission composée d'Andrews Clark, Murchison, Henry Thompson qui disent dans leur rapport :

« Nous avons fait l'examen microscopique de la pièce, et y ayant trouvé, bien que fortement altérés par la maladie presque tous les éléments constituants d'une membrane muqueuse, — épithélium, fibres musculaires (de la couche sous muqueuse), tissu cellulaire et vaisseaux sanguins, — et attachés à sa surface profonde des lambeaux de la musculaire proprement dite de la vessie. Nous sommes d'avis qu'il s'agit bien d'une exfoliation de toute la muqueuse de cet organe.

Il reste donc bien établi que c'est pour ainsi dire exclusivement chez la femme que ces exfoliations ont été observées.

---

(1) Exfoliation of the mucous membrane of the bladder (Trans. of the pathol. Soc. of Lond. vol. XV, p. 136, 1864).

Il y a plus, c'est presque exclusivement dans deux circonstances :

1° Dans la rétroversion de l'utérus gravide.
2° A la suite d'accouchements laborieux.

En effet, sur 11 cas que nous avons pu rassembler d'exfoliation en dehors de la rétroversion 8 sont consécutifs à des accouchements laborieux.

Dubard, Lemaire et Lever sont à notre connaissance les seuls auteurs qui aient observé l'exfoliation de la muqueuse vésicale en dehors des deux circonstances précitées. Encore les observations de Dubard et de Lever sont-elles seules accompagnées d'examen histologique.

Observation XXII

J. C. Lever (1).

A. C..., 28 ans est admise à Guy's hospital le 15 octobre 1850.

En janvier 1850, à la suite d'une peur, cette femme vit ses règles qui d'habitude duraient 6 jours s'arrêter brusquement le 3e jour. Le mois suivant elles reprirent leur cours régulier. Mais depuis cette époque elle resta très souffrante; fut soignée pour une cystite, et, 15 jours avant son entrée à l'hôpital, une petite tumeur ayant à peu près le volume d'une noix apparut dans la région iliaque gauche.

Les trois nuits précédentes elle avait eu des frissons violents et répétés.

La tumeur augmentant de jour en jour de volume. C... vient à l'hôpital. A l'entrée, elle est très émaciée, incapable de marcher. Peau chaude. Pouls, 125. On trouve s'étendant de la région iliaque gauche jusqu'à la région occupée par la vessie une tuméfaction marquée, rénitente; la vessie est dure, et ne cède pas à la pression qui est très douloureuse. Urine rare, trouble et épaisse, purulente. Selles régulières.

Trait. : 12 sangsues. Cataplasmes.

---

(1) Guy's hosp. Rep. 1852, p. 49.

17 octobre. Moins de douleurs. Une plus grande quantité d'urine très purulente a été expulsée.

La malade a meilleure apparence. Pouls petit, 120.

Le 20. La malade est très faible et très émaciée, transpiration abondante. Pouls petit, 100 à 130. Langue humide.

La tumeur iliaque est devenue plus molle, moins saillante et n'est plus sensible au toucher; mais on peut découvrir une fluctuation profonde. Un peu d'urine retirée à l'aide d'une sonde a été soumise à l'examen histologique qui a révélé l'existence d'une grande quantité de globules de pus. Lever diagnostique en conséquence un abcès situé dans l'intérieur ou au voisinage des viscères pelviens et communiquant avec la vessie.

Jusqu'au 26 au matin, pas de changement. L'interne est appelé à 1 heure du matin au chevet de la malade qu'il trouve très surexcitée, souffrant beaucoup d'une rétention complète d'urine accompagnée d'une sensation de pression au niveau du méat à chaque effort de miction. S'étant assuré par la percussion que la vessie était distendue, l'interne pratiqua le cathétérisme qui donna environ une pinte d'urine purulente.

A quatre heures du matin il fut appelé une seconde fois et trouva la malade souffrant autant qu'auparavant; il retira à peu près la même quantité d'urine.

A 9 heures 1/2 du matin le Dr Lever vit la malade et bien qu'elle fût encore incapable d'uriner il ordonna de ne pas la sonder jusqu'à midi pensant que la rétention était de nature hystérique.

A midi la malade n'ayant pas uriné depuis 4 heures du matin on veut pratiquer le cathétérisme mais on n'y peut réussir.

Les parties ayant été examinées on vit alors, faisant au niveau du méat urinaire une saillie d'environ un quart de pouce, une petite portion d'une membrane sphacélée ou d'un kyste. Les tentatives faites pour l'extraire furent infructueuses et très douloureuses. On introduisit la sonde à son côté et une grande quantité d'urine altérée fut retirée de la vessie.

Pendant plusieurs jours il fallut sonder la malade matin et soir.

Le 30. La membrane ayant été peu à peu poussée au dehors sortait de 4 pouces environ; on put l'extraire par des tractions douces. Depuis cette époque, l'urine est redevenue normale, la convalescence fut rapide. C... quitte bientôt l'hôpital.

La membrane a été examinée au microscope par Gull. Il s'agissait bien d'une exfoliation de la muqueuse vésicale.

Observation XXIII

Lemaire (1).

M. Lemaire montre un décollement de la muqueuse vésicale qui provient d'une femme adulte morte au 4e septenaire d'une fièvre typhoïde adynamique. Cette femme avait présenté de la rétention d'urine pendant une quinzaine de jours. Le cathétérisme, pratiqué deux fois par jour, était loin d'être facile. Le jet d'urine était souvent interrompu par un obstacle qu'on crut être des mucosités épaisses, et qui devait être en réalité la muqueuse elle-même flottant dans le reservoir vésical. L'urine était bourbeuse et d'odeur extrêmement fétide et gangréneuse.

A *l'autopsie* l'on a trouvé, en effet, cette couche muqueuse en partie sphacélée et décollée. Elle était complètement isolée de la surface musculaire et flottait dans le liquide (pas d'examen histologique).

Observation XXIV

Dubard (2).

Cystite chronique. — Vaste membrane trouvée à l'état libre dans la vessie et correspondant à presque toute l'étendue de ses parois.

Femme de 65 ans morte le lendemain de son entrée à l'hôpital, ayant depuis longtemps des douleurs hypogastriques, une gêne notable dans la miction et depuis quelque temps seulement des hématuries répétées.

A l'autopsie on trouve une vessie distendue à parois épaisses et rigides, remplie d'un liquide à odeur infecte constitué par un mélange d'urine et de pus. On trouve dans son intérieur une membrane à peu près libre, reliée seulement aux parois de l'organe par quelques filaments peu résistants. « Après l'avoir extraite de la vessie et lavée avec soin pour la débarrasser d'une couche de matière purulente qui revêt ses deux faces nous constatons qu'elle

---

(1) Bull. Soc. anat. 1863, 2e série. t. 8, p. 416.

(2) Soc. anat., 1877, p. 291.

TABLEA[illegible]

HUIT CAS D'EXFOLIATION DE LA MUQUEUSE VÉSICA[illegible]

AUTEUR	SOURCE	NATURE DE L'ACCOUCHEMENT	ÉTAT DE LA MICTION APRÈS L'ACCOUCHEMENT
1. SPENCER WELLS.	Obst. trans. T. 3, p. 417. 1862.	Accouchement très difficile au forceps. Primipare.	Pas de rétention d'urine con-sécutive.
2. Idem.	Ibid , p. 354 .	Accouchement le 20 août, après 14 heures de rétention. Primipare.	48 heures de rétention con-sécutive (en tout 62 heu-res).
3. BELL.	Edinb. med. Journ. 1875. T. 20, p. 935.	Accouchement à terme.	Incontinence d'urine consé-cutive.
4. J.-J. PHILIPPS.	Brit. med. Journ. 24 Juin 1871. T. 1, p. 662.	Accouchement le 21 juin, après 4 jours de travail et efforts considérables avec forceps.	
5. Pièce n° 1466 du Musée d'University College de Londres.		Accouchement au forceps.	
6. W. MARTYN.	Obst. trans. T. V, p. 186.	Présentation de la face. Accouchement au forceps, 4e gross., après 2 jours de travail.	Miction après l'accouche-ment puis incontinence.
7. OTTO MAUER.	Thèse citée. Obs. de la Charité de Berlin.	Cranioclasie après 4 jours de travail.	Pas de rétention d'urine con-sécutive.
8. ALBAN DORAN.	Obs. trans. 1881.	Accouchement difficile au forceps. Enfant de 10 livres femme primipare.	Rétention consécutive.

II

CONSÉCUTIVE A DES ACCOUCHEMENTS LABORIEUX

SYMPTOMES ET MARCHE	NATURE DE LA MEMBRANE expulsée ou trouvée dans la vessie	TERMINAISON
Cystite consécutive. Urine ammoniacale et fétide. Etat général bon.	Expulsion par l'urèthre de toute la muqueuse avec quelques portions de la muscul. Examen histologique par Harley.	Guérison
Premier cathétérisme 48 heures après l'accouchement, 5 pintes d'urine trouble et sanguinolente. 11 jours après, grand frisson. Incontinence d'urine. On croit à une fistule pour laquelle on envoie la malade à Spencer Wells.	*Autopsie:* parois vésicales épaissies. On trouve dans la vessie une membrane formée de toute la muqueuse détachée de la musculeuse.	Morte le 16 octobre de phénomènes cérébraux.
	Un mois après Bell consulté pour l'incontinence trouve engagée dans l'urèthre une membrane qu'il extrait. A l'examen, on vit que c'était toute la muqueuse vésicale recouverte de phosphates.	Guérison.
Un mois après la malade revient à l'hôpital avec troubles urinaires et incontinence presque complète sans fistule, urèthre très dilaté.	Expulsion par l'urèthre le lendemain d'un moule complet de la vessie incrusté de phosphate et formé de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.	Guérison.
	Expulsion, 6 semaines après, d'un sac aussi grand qu'une vessie distendue et formé de portions de la musculeuse, de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.	Guérison après incontinence de quelque durée.
1er cathétérisme 4 jours après l'accouchement; urine ammoniacale et sanglante. Cathétérisme 2 fois par jour. La cystite progresse.	Expulsion, un mois après, d'une membrane constituée (examen histologique) par la muqueuse et une partie de la musculeuse.	Guérison.
Le premier jour cathétérisme, urine claire; id. 5e jour puis 9e. 10e jour apparition des premiers symptômes de cystite, lavages. 15e jour expulsion de lambeaux membraneux.	Expulsion, le 16e jour, d'une membrane formée (exam. hist.) de la muqueuse et du tissu sous-muqueux et incrustée de sels.	Guérison.
Cathétérisme systématique, difficile à cause de l'indocilité de la malade et de déchirure du périnée. Cystite débutant le 10e jour, suivie d'incontinence faisant croire à une fistule.	Expulsion, le 20e jour, d'une membrane large de 8 pouces formée de la muqueuse vésicale doublée de la musculeuse et incrustée de phosphate.	Guérison.

s'adapte à presque toute l'étendue des parois vésicales, qu'elle n'est interrompue qu'au niveau du trigone et du sommet de cet organe. Sa face externe présente des saillies et des dépressions qui lui donnent une forme aréolaire et qui reproduisent en sens opposé les dépressions et les saillies des parois de la vessie. Sa face interne ou centrale serait lisse si elle n'était imprégnée par un nombre considérable de petits cristaux d'un blanc jaunâtre qui semblent avoir été semés d'une manière régulière à sa superficie. Cette membrane est d'une couleur gris noirâtre, elle offre une épaisseur de 2 millim. environ et oppose une résistance assez forte aux tractions qu'on exerce sur elle pour la déchirer.

Les parois de la vessie, rougeâtres dans certains points, noirâtres dans d'autres, sont recouvertes par des détritus dont il est fort difficile de les débarrasser et qui ne permettent pas de reconnaître à simple vue le degré exact de leurs lésions.

Nous ne ferons que mentionner les altérations concomitantes des reins qui laissent voir à travers leur capsule peu adhérente un grand nombre de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais nous voulons insister d'une manière particulière sur la membrane que nous avons rencontrée dans une vessie atteinte de cystite chronique.

Voici le résultat de l'examen microscopique.

Membrane. — Couche superficielle, fines granulations, pas trace d'épithélium.

Couche moyenne. Un grand nombre de fibres de tissu conjonctif. Quelques fibres élastiques. Quelques vaisseaux contenant des hématies altérées.

Couche profonde. Nombre considérable de fibres musculaires lisses.

Parois vésicales. — Fibres musculaires lisses parfaitement nettes.

Le tableau ci-dessus résume les 8 autres cas tous consécutifs à des accouchements laborieux (p. 356).

Qu'y a-t-il de commun à ces deux classes de faits : Rétroversion de l'utérus gravide et accouchements laborieux pour qu'ils entraînent des lésions vésicales de même nature ?

La rétention ? Non puisqu'elle manque souvent.

Les cathétérismes répétés ? Non plus, puisqu'il est des cas où on a pu reprocher au médecin d'avoir en négligeant d'évacuer la vessie amené la gangrène en question (Spencer Wells).

La cystite ? Oui mais encore une fois la cystite ne suffit pas à produire l'exfoliation et la gangrène.

Il faut quelque chose de plus, et ce quelque chose, commun à la rétroversion de l'utérus gravide et aux accouchements longs et difficiles, c'est la présence dans le petit bassin, pendant de longues heures et parfois de longs jours, d'une tumeur volumineuse qui le comble presque entièrement et fait effort de tous côtés sur les parois. Dans un cas c'est l'utérus en rétroversion qui, étroitement enclavé et tendant sans cesse à augmenter de volume, écrase et comprime tout ce qui l'entoure. Dans l'autre c'est la tête fœtale qui ne passe qu'avec les plus grandes difficultés.

Les points qui dans ces conditions sont surtout meurtris sont ceux où la pression s'exerce contre un plan osseux résistant : symphyse pubienne, paroi latérale de l'excavation au niveau du fond de la cavité cotyloïde.

Or si l'on veut bien réfléchir au trajet parcouru par les artères qui se rendent à la vessie, on comprendra qu'elles sont fatalement comprimées contre le plan osseux en question par l'utérus rétroversé ou la tête fœtale arrêtée dans l'excavation.

La vessie est en effet irriguée au point de vue artériel de la façon suivante, d'après Sappey.

a) Par des artères latérales et supérieures qui viennent de l'hypogastrique par la portion non oblitérée de l'ombilicale et se ramifient dans les parties latérales et supérieures du corps de la vessie.

b) Par des artères latérales et inférieures qui, émanées directement de l'hypogastrique gagnent le bas-fond de la vessie et se partagent en nombreux rameaux irrigant le bas-fond et la face postérieure.

c) Par des artères postérieures peu importantes qui viennent de l'utérine ou de la vaginale.

d) Enfin par des artères antérieures nées de l'obturatrice.

Toutes ces artères ou leurs troncs d'origine sont obligées pour gagner la vessie de passer entre la tumeur et la paroi osseuse. Il en résulte un ralentissement suffisant du débit artériel pour que sous l'influence d'une cystite, même peu intense, se produise la gangrène partielle ou totale de la paroi vésicale ischémiée.

Telle est l'explication qui nous paraît la plus rationnelle de ces faits en apparence si singuliers et si différents.

La conclusion thérapeutique qui découle de ce qui précéde est à notre avis la suivante :

Dans la rétroversion de l'utérus gravide il ne faut pas trop s'attarder à traiter la rétention d'urine seule. Cette méthode qui dans nombre de cas a donné de brillants résultats en permettant à l'utérus de se redresser spontanément, ne saurait être de mise qu'autant que l'urine reste normale et qu'il n'existe aucun symptôme de cystite ou de compression.

Dès que survient la cystite, ou *dès qu'il existe des signes d'enclavement il faut*, si l'on ne veut pas voir se développer ou s'aggraver des lésions comme celles que nous venons d'étudier, *réduire le plus vite possible et cependant sans violence, l'utérus rétroversé.*

Que si l'on n'y parvient par aucun des procédés de douceur habituellement employés on n'aura plus à choisir pour faire disparaître la compression qu'entre deux moyens :

1° *Provoquer l'avortement.*

2° *Pratiquer la laparotomie* qui seule permettra de se rendre de visu un compte exact de la nature de l'obstacle à la réduction, et de faire disparaître cet obstacle.

C'est à notre avis le seul procédé qui dans le cas observé par nous ainsi que dans ceux de Southey, Moldenhauer, Schatz et Blundell déjà cités aurait pu triompher des adhérences inextensibles fixant l'utérus en rétroversion.

Mais qu'on ait réduit l'utérus par un procédé quelconque ou qu'on ait provoqué l'avortement tout n'est pas dit pour cela.

Il peut se faire que les troubles nutritifs de la paroi vésicale soient déjà assez avancés ou que la compression ait duré assez longtemps pour que l'exfoliation ou la gangrène se produisent encore même après la disparition de la cause comprimante. Les faits que nous avons rassemblés dans les tableaux I et II montrent avec quelle rapidité agit cette cause. Parfois après 2 ou 3 jours la gangrène est déjà un fait accompli.

Quelle est alors la conduite à tenir ?

Le tableau suivant fait à cette question une éloquente réponse :

TABLEAU III (1)

NOM DE L'OBSERVATEUR	NATURE DE LA MEMBRANE EXFOLIÉE	TERMINAISON	
LUSCHKA	Muqueuse seule.	Mort.	Dans tous ces cas, la membrane est restée dans la vessie, où elle a été trouvée à l'autopsie.
KLEIM	Muqueuse et musculeuse	Mort.	
SCHATZ	Muqueuse et musculeuse	Mort.	
MOLDENHAUER	Muqueuse et musculeuse	Mort.	
OBS. PERSONNELLE	Muqueuse et musculeuse	Mort.	
WITTICH	Muqueuse et musculeuse	Guérison.	Dans tous ces cas, la membrane a été expulsée spontanément par l'urèthre, et l'amélioration a débuté aussitôt après l'expulsion.
HAUSSMANN	Muqueuse seule.	Guérison.	
BRANDEIS	Muqueuse seule.	Guérison.	
HURRY	Muqueuse seule.	Guérison.	
FRANKENHAUSER	Muqueuse, musculeuse et péritoine.	Guérison.	
MADUROWICZ	Muqueuse, musculeuse et péritoine.	Guérison.	

C'est-à-dire que la profondeur de la lésion semble n'avoir qu'une importance secondaire. *Ce qui joue le principal rôle*

(1) Voyez également à ce sujet le tableau II.

dans la terminaison fatale, c'est le séjour prolongé dans la vessie de cette membrane gangrenée, putride, contre laquelle échouent les lavages répétés, fussent-ils antiseptiques, comme le prouvent les cas dans lesquels ils ont été employés et que nous avons rapportés plus haut.

Cette membrane crée et entretient la septicémie à laquelle succombent les malades.

Il faut donc à tout prix débarrasser la vessie de ce corps étranger. C'est une question de vie ou de mort.

Les indications de l'intervention sont faciles à établir.

Lorsque malgré la disparition de toute cause de compression, malgré des lavages antiseptiques répétés on voit l'urine rester trouble, horriblement fétide, ammoniacale, mélangée de flocons gris brunâtres ou de débris membraneux dont on peut déterminer les caractères histologiques, qu'il y a de la fièvre avec exacerbations vespérales, sécheresse de la langue, amaigrissement rapide; qu'il se produit des hématuries, que malgré la réplétion de la vessie, le cathétérisme ne donne issue ni à l'urine ni au liquide injecté, il faut se hâter d'agir.

Et nous avons eu pour notre part à nous repentir grandement de n'avoir pas su prendre des mesures énergiques dès l'entrée de notre malade à l'hôpital.

Pour arriver au but nous avons à notre disposition deux moyens :

La *dilatation de l'urèthre ou la taille vaginale.*

Pour choisir entre les deux, déterminons d'abord nettement le but à atteindre. Il est complexe.

Il faut en effet.

1° *Pouvoir aisément et complètement se rendre compte de l'état de la vessie.*

2° *Dans le cas où on y rencontrerait une membrane entièrement détachée ou près de l'être, l'enlever totalement ou en partie.*

3° *Dans tous les cas supprimer la contraction vésicale et mettre au repos absolu un organe qui, sous le moindre*

effort, peut se rompre aux points amincis par l'exfoliation, la gangrène diffuse ou localisée.

La dilatation brusque de l'urèthre sous le chloroforme (à l'aide du dilatateur à mandrins ou des dilatateurs de Simon d'Heidelberg) portée jusqu'au point de permettre l'introduction de l'index peut procurer un accès suffisant pour explorer la vessie et extraire la membrane gangrénée dans le cas où on la rencontrerait.

Mais dans sa thèse sur le traitement chirurgical des cystites douloureuses Hartmann établit, en s'appuyant sur de nombreuses observations, que la dilatation ne procure le plus souvent à la vessie qu'un repos incomplet (1).

La taille vaginale au contraire donne un accès plus large pour l'exploration et l'extraction du corps étranger ainsi que pour de bonnes injections modificatrices ; elle assure le drainage et elle procure à la vessie un repos absolu.

De telle sorte qu'*en présence d'une cystite gangréneuse consécutive à la rétroversion nous donnerions la préférence à la taille et nous entretiendrions avec grand soin la fistule jusqu'à complète guérison.*

REVUE CLINIQUE

ACCOUCHEMENT CHEZ UNE HYPNOTIQUE

Par M. **Auvard,** accoucheur des hôpitaux et M. **Varnier,** interne des hôpitaux.

La nommée Fanny Ch..., âgée de 29 ans, lingère, entre le 23 février 1887, à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Anne, lit nº 26 (service de M. le Dr Pinard suppléé par M. Auvard).

(1) Voyez également à ce sujet : Hartmann. Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites. Gaz. des hôpitaux, 16 avril 1887.

Antécédents héréditaires. — Le père âgé de 55 ans, non rhumatisant, très sanguin, sujet depuis de longues années à des poussées de « congestion cérébrale » est depuis quatre ans hémiplégique du côté droit et aphasique.

Aucun renseignement sur la mère.

C. a une sœur du même lit et un frère et une sœur d'un autre lit.

La première sœur âgée de 28 ans, très nerveuse, sujette à des migraines fréquentes accompagnées de vomissements, n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

La seconde sœur âgée de 5 ans, très nerveuse aussi, s'éveille souvent en sursaut pendant la nuit en proie à des accès d'étouffement.

Le frère a 11 ans; n'a jamais eu de convulsions, mais 2 ou 3 fois il lui est arrivé de se lever la nuit tout endormi, et de se promener dans sa chambre en somnambule. Lorsqu'on l'eut reporté dans son lit, il pleura quelque temps puis revint à lui et ne se souvint pas de ce qu'il venait de faire.

La mère de ces deux enfants est d'un tempéramment nerveux mais n'a jamais eu d'hystérie convulsive.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 15 ans C. n'a jamais été malade.

Réglée pour la première fois à 10 ans, sans douleurs, elle eut une menstruation très régulière jusqu'à 15 ans.

A ce moment, lors d'une de ses époques, elle fut prise pour la première fois d'hystérie convulsive à l'occasion d'une circonstance futile.

(Etouffements, chute, grande attaque dont elle ne gardait pas le souvenir suivie pendant une demi-heure, une heure d'une toux que rien ne pouvait calmer. Jamais de morsure de la langue.)

Depuis lors, C. est restée sujette aux grandes attaques qui la prenaient souvent au moment des règles devenues à partir de cette époque très irrégulières, très douloureuses, durant habituellement 3 jours.

Elle avait ordinairement une attaque par mois. Pas de paralysies, pas de contractures. Elle sentait moins bien du côté gauche; pas de troubles des organes des sens. Pas de somnambulisme.

1re *Grossesse.* — Le traitement (douches, bromure, etc.,) n'améliora pas beaucoup l'état de la malade, qui resta ainsi jusqu'à sa première grossesse survenue à l'âge de 22 ans.

Dès qu'elle fut enceinte les attaques d'hystérie disparurent complètement.

Elle eut des vomissements pendant toute la durée de la grossesse qui sauf cela s'est bien passée et est allée à bon terme. Elle fut accouchée à l'hôpital de la Charité, en 1878. Le travail fut très long (elle ne peut en préciser la durée) et très douloureux. Elle n'eut pas d'attaque de nerfs pendant l'accouchement et ne fut, dit-elle, ni plus ni moins agitée qu'une autre. Elle quitta l'hôpital en bon état le 15e jour.

Elle nourrit au sein sa petite fille qui succomba 6 semaines plus tard, de convulsions.

Les règles reparurent 6 semaines après l'accouchement. A ce moment elle perdit du sang pendant 8 jours, puis dès lors la menstruation redevint régulière comme elle l'avait été de 10 à 15 ans.

6 mois après ce premier accouchement, C. au moment d'une de ses époques fut prise d'une ménorrhagie qui dura 8 jours. Elle entra à la Charité dans le service de M. Bernutz, et y fut soignée pendant 2 mois pour une ulcération du col (cautérisations au crayon, injections phéniquées). Elle sortit guérie et reprit ses occupations. Ses règles n'avaient pas cessé d'être régulières et absolument sans douleurs.

Un an après son premier accouchement à la suite de vives contrariétés, elle est reprise de maux de tête très violents, de douleurs de ventre, de tympanisme; puis après quelque temps elle retombe dans la grande hystérie; 2 ou 3 attaques par mois. Dès lors la menstruation cesse d'être régulière et il y a de la dysménorrhée.

2e *Grossesse.* — Elle fut ainsi pendant 2 ans, puis redevint enceinte une seconde fois. *Cette grossesse n'eut pas la même action sédative que la première; loin de se calmer, l'état nerveux s'exacerba.*

Les débuts de la grossesse furent particulièrement pénibles. C. éprouvait de grandes douleurs dans le ventre surtout du côté gauche; son médecin crut à l'existence d'une tumeur compliquant la grossesse et C. fut traitée pendant 5 mois à la Pitié. On lui dit qu'elle avait une tumeur ou des fibromes et on voulut la garder pour suivre la marche de sa grossesse. C'est à cette époque qu'on l'endormit pour la première fois par la pression des globes oculaires. Elle eut des attaques d'hystérie fréquentes pendant toute

la durée de son séjour à la Pitié. Au bout de 5 mois, se trouvant mieux et s'ennuyant à l'hôpital, elle demanda son exeat. Elle eut encore de grandes attaques pendant 2 mois; puis, *à partir du 7e mois elles disparurent complètement;* elle n'en eut pas une seule jusqu'à l'époque de son accouchement.

Elle alla accoucher à terme à la Charité en 1884.

Le travail fut encore très long; elle n'eut pas d'attaques pendant tout ce temps et accoucha avec grandes douleurs d'un garçon de 3 k. 600, qu'elle éleva au sein et qui mourut au bout de 5 semaines, de convulsions.

Elle quitta la Charité au bout de 5 semaines. *Ses règles reparurent 2 mois après et avec elles revinrent les attaques convulsives.* Depuis cette époque elle a toujours été mal portante (douleurs de ventre, vomissements, céphalée.): elle a une crise à la moindre contrariété.

Elle s'est fait soigner depuis par un médecin de son quartier qui l'a endormie souvent.

3e *Grossesse.* Avortement. — 1 an 1/2 après son second accouchement elle redevient enceinte; dès le premier mois elle commence à perdre du sang et l'hémorrhagie continue le second et le 3e mois. Au 3e mois (elle était alors soignée à l'hôpital Lariboisière) elle aurait expulsé *un fibrôme* (?) Les hémorrhagies continuèrent et 1 mois après elle expulsa un fœtus de 4 mois. Le placenta reste dans l'utérus. L'un de nous consulté à ce moment sur la conduite à tenir recommande d'attendre l'expulsion spontanée du placenta qui n'a lieu qu'un mois plus tard après des hémorrhagies très abondantes.

4e *Grossesse.* — A partir de cette époque (février 1886), les règles revinrent irrégulièrement jusqu'au mois de mai puis elles disparurent. C. était enceinte pour la 4e fois.

Pendant toute la durée de son séjour à Lariboisière, on l'a endormie très souvent, nous dit-elle; ses voisines lui ont raconté que pendant qu'elle dormait elle tenait ses bras tout raides, mais elle même ne se rappelle rien de tout ce qui s'est passé pendant ces crises qui se terminaient généralement par une grande attaque

Les attaques se reproduisirent très souvent, presque tous les deux jours jusqu'au 5e ou 6e mois de la grossesse sans que la malade ait jamais noté qu'elles fussent surtout marquées au moment des époques correspondantes aux règles.

A partir du 6e mois elles s'espacèrent considérablement si bien que pendant les deux mois qu'elle a passés dans notre service elle n'en a eu que trois.

La grossesse suivit un cours régulier jusqu'au 7e mois. A cette époque (24 février 1887) C. vint nous consulter à l'hôpital Lariboisière au sujet de violentes douleurs qu'elle ressentait dans le bassin, du côté du fondement, et qui la tourmentaient depuis quelque temps.

Voici ce que l'on constata. Grossesse de 7 mois (dernières règles le 12 juillet). Utérus régulièrement développé.

Enfant vivant, présentation du sommet, tête amorcée au détroit supérieur en O.I.G.T.

Par le toucher on rencontre contre la paroi pelvienne postérieure au niveau de la face antérieure des dernières vertèbres sacrées, en arrière du rectum, une tumeur arrondie, mobile, glissant sous le doigt, ayant le volume d'une noix, extrêmement douloureuse à la pression (peut-être un ganglion enflammé).

Nous conservons la malade dans le service sur sa demande expresse (elle ne sait où aller) et c'est le lendemain, en l'interrogeant et en l'examinant, que nous apprenons qu'elle est aisément hypnotisable. A l'état de veille C. est anesthésique de presque toute la surface du corps.

La piqûre n'est sentie que dans la moitié gauche de la paroi abdominale. L'ovaire gauche est douloureux spontanément et à la pression. Anesthésie des muqueuses.

Nous résolûmes de la conserver jusqu'à son accouchement pour la faire accoucher en hypnose et nous priâmes M. Gilles de la Tourette de vouloir bien venir l'examiner. Ce qu'il fit le lendemain.

Dès que la malade comprit qu'on voulait l'endormir et qu'on voulait la faire accoucher endormie elle refusa tout d'abord énergiquement de se prêter à ces exercices qui, disait-elle, lui faisaient beaucoup de mal. Elle refusa énergiquement de fixer la boule de thermomètre qu'on lui présentait, se débattit lorsqu'on tenta de lui comprimer les globes oculaires. On finit par obtenir d'elle qu'elle expliquât son refus, et elle nous dit alors qu'elle craignait de ne pas avoir une couche naturelle, qu'elle aimait mieux souffrir beaucoup mais accoucher comme toutes les femmes.

On lui suggéra alors de se laisser endormir en lui assurant que

cela ne changerait rien à son accouchement, qu'elle n'aurait que la douleur en moins; et quelques minutes après, toute résistance avait cessé, elle voulait bien dormir. Il suffit de comprimer les globes oculaires pendant trois minutes pour obtenir un état léthargique parfait pendant lequel on put, sans qu'elle trahît la moindre souffrance, pratiquer une exploration complète, prolongée et volontairement un peu brutale du vagin et du bassin. Insensibilité absolue à la piqûre. L'ovaire gauche très douloureux à l'état de veille peut être maintenant impunément comprimé.

On fit contracter à volonté le biceps et les muscles innervés par le cubital (griffe cubitale). Spontanément C... passa de l'état léthargique à l'état somnambulique. Gilles de la Tourette lui suggéra de se laisser endormir dorénavant sans résistance, d'envoyer chercher l'interne du service dès qu'elle aurait des douleurs pour accoucher, et de le prier de l'endormir pour qu'elle ne sente rien en accouchant. On la réveilla aisément en soufflant sur les paupières et on pratiqua de nouveau l'examen vaginal pendant toute la durée duquel elle poussa des cris et fut très agitée.

Elle n'avait souvenir de rien de ce qui venait de se passer. Le sommeil provoqué avait duré un quart d'heure. Elle avait des nausées, grelottait: on dut la couvrir d'alèses chaudes. Quelques instants après elle eut une grande attaque d'hystérie.

Il fut convenu qu'en petit comité, tous les jours, l'un de nous la plongerait dans le sommeil hypnotique et qu'on l'entraînerait ainsi petit à petit pour le jour de son accouchement.

Nous pûmes ainsi, au bout de quelque temps, arriver à la faire dormir 3 heures de suite et à la faire s'éveiller spontanément à une heure que nous lui fixions. Elle est très aisément suggestible et nous avons pu à deux ou trois reprises la débarrasser en un instant d'une névralgie dentaire qui la faisait horriblement souffrir.

Nous avons dit que C. tenait beaucoup à rester à l'hôpital jusqu'à la fin de sa grossesse. Un mois environ après son entrée nous lui suggérâmes un jour, après l'avoir endormie, d'aller trouver avec sa pancarte le directeur de l'hôpital et de demander qu'on signât son exeat.

Lorsque nous revînmes un quart d'heure après, elle était debout à moitié habillée déjà, faisant fiévreusement ses paquets et pleurant à chaudes larmes. A toutes nos questions elle répondait : Je

veux m'en aller. — Mais pourquoi? — Je ne sais pas, je veux m'en aller.

Nous dûmes l'hypnotiser sur place pour lui faire une contre suggestion, lui persuader qu'elle voulait rester. Et de fait quelques instants après, réveillée, elle rangeait de nouveau ses vêtements et se réinstallait pour un séjour prolongé.

Elle ne se souvenait plus le moins du monde de ce qui s'était passé.

Nous pourrions multiplier les faits ; mais il nous semble suffisamment établi par tout ce qui précède que C., est une parfaite hystérique, hypnotisable et suggestible. Voyons maintenant ce sujet aux prises avec les contractions douloureuses du travail.

Le dimanche soir 17 avril, à la contre visite, C. nous dit que depuis l'après-midi elle perd des glaires sanguinolentes et qu'elle commence à avoir des douleurs ; en effet à un certain moment nous sentons l'utérus durcir sous la main et se dresser, en même temps que C. accuse une douleur dans les reins. Au toucher on trouve la tête bien engagée ; le col n'est pas effacé. Nous disons assez haut pour que la malade l'entende : Ce sera pour ce soir.

A 9 h. 1/2. C. fait chercher l'interne du service; elle a des contractions douloureuses toutes les 10 minutes; elle veut qu'on l'endorme pour qu'elle ne sente rien en accouchant. Elle crie et s'agite à chaque douleur et est dans un état de surexcitation très marqué.

A 10 heures moins 5, après une minute de compression oculaire, elle est en léthargie.

CONTRACTIONS :

10 h. 16. — 19. — 21.	Pendant tout ce temps C... n'a pas bougé, n'a pas poussé un cri et sa physionomie n'a pas changé. Elle dort paisiblement; le pouls et la respiration sont calmes, réguliers.

L'état somnambulique fait suite à l'état léthargique.

10 h. 25. — h. 27.	On dit à C... : « Vous êtes très bien, vous ne souffrez pas » et elle répète en bégayant légèrement : « Je suis très bien, je ne souffre pas ». Contraction énergique; la parturiente ne bouge pas, mais au moment où la contraction finit elle pousse un long soupir.

10 h. 29. *Id.*

— 33. *Id.*

— 35. *Id.*

38. *Id.*

— 40. C... se plaint d'avoir mal au cœur et fait des efforts pour vomir. On lui suggère que son mal de cœur est passé et tout effort de vomissement cesse immédiatement.

— 45.

— 50. Sans qu'on l'interroge dit : « Je me sens bien, où suis-je? »

— 51. Long soupir à la fin de la contraction.

— 55. On pratique le toucher vaginal. C... se défend un peu, esquisse un arc de cercle, s'agite, pousse quelques cris, mais lorsqu'on l'interroge elle dit qu'elle est très bien, qu'elle ne souffre pas.

Néanmoins on juge bon de comprimer à nouveau les globes oculaires pendant quelques instants et C... retombe en léthargie.

10 h. 59. Immobilité complète; pas un cri.

11 h. *Id.*

— 5. Soupir à la fin de la contraction. Pouls 84. Temp. vaginale, 36°,6.

— 10. Immobilité complète, pas un cri.

— 15. Soupir.

— 18. En même temps que l'utérus se contracte énergiquement la femme *pousse*; *elle sent quelque chose qui voudrait sortir* mais n'éprouve aucune douleur ce qui tient, dit-elle, à ce qu'on lui a mis de la pommade à enlever la douleur (on venait de la toucher et on lui avait assuré que la vaseline avait cette propriété).

— 29. C... qui était en train de répondre à une question qu'on lui adressait s'arrête brusquement au milieu de sa phrase lorsque la contraction commence. Elle dit sentir quelque chose qui lui pèse sur le ventre mais ne pas souffrir.

— 34. Elle pousse deux petits cris; éprouve toujours la même sensation de pression mais sans douleur.
Grand soupir à la fin de la contraction.

— 36. S'agite un peu.

On comprime à nouveau les globes oculaires.

L'agitation cesse.

11 h. 38. Ne bouge pas, ne dit rien. Aux questions qu'on lui pose sur les détails les plus intimes de sa vie elle répond en bégayant mais sans hésitation.

— 55. S'arrête de parler, soupir prolongé à la fin de la contraction.

— 56. *Id.*

12 h. S'agite et geint.

On comprime les globes oculaires.

Lorsqu'elle est calmée on pratique le toucher; elle crie, s'agite, se plaint de souffrir beaucoup au niveau du fondement. On lui suggère qu'elle ne souffre pas, mais elle continue néanmoins à crier que cela lui fait plus de mal que pour accoucher. Elle pleure.

Compression des globes oculaires pendant 3 minutes.

12 h. 10. Ne sent plus rien. On peut pratiquer le toucher sans qu'elle réagisse. Ne souffre plus, se trouve très bien.

— 12. Toucher; aucune réaction.

Le toucher permet de constater que l'état du col n'est pas modifié. Pas d'effacement. Les contractions ne sont pas efficaces.

A 12 *h.* 15 *on réveille C... Elle est tout étonnée, demande où elle est. Elle a mal au cœur, va vomir, a froid. Ne se rappelle rien de ce qui s'est passé depuis qu'on l'a endormie à* 10 *heures moins* 5, *et demande si elle est accouchée.*

A partir du moment où on l'a réveillée les contractions utérines faibles pendant les derniers moments de sommeil hypnotique *ont complètement cessé*, pour ne reparaître que le 22 à 5 heures 1/2 du matin c'est à dire quatre jours après. Elles reparaissent dès lors toutes les 10 minutes, puis toutes les 2 ou 3 minutes. D'abord peu douloureuses elles le deviennent beaucoup vers 7 h. 1/2 du matin. A ce moment C... est très agitée. Elle crie à chaque contraction, se tord sur son lit et réclame en grâce qu'on aille nous chercher pour que nous lui fassions disparaître ses douleurs.

A 8 heures, la tête étant profondément engagée en O. I. G. A, l'orifice étant dilaté comme une pièce de 2 francs, la poche des eaux rompue, les contractions très douloureuses se reproduisant toutes

les 2 ou 3 minutes nous endormons C... par une compression des globes oculaires prolongée pendant 5 minutes et cela malgré une contraction très forte survenue au cours de la manœuvre et pendant laquelle C... se plaint et s'agite un peu mais beaucoup moins qu'auparavant.

8 h. 15. — 19. — 24. — 30. — 33. — 37. — 41. — 43.	Contractions énergiques pendant lesquelles C... se plaint doucement; à 2 ou 3 reprises elle s'agite au moment de l'acmé de la contraction. La dernière contraction paraît aussi douloureuse qu'à l'état de veille. Il en est de même du toucher. *A ce moment, et jusqu'à la fin de l'accouchement C. est, dans l'intervalle des contractions, immobile, marmoréenne; elle dort profondément et est complètement insensible à toutes les excitations.*
— 50.	Geint, porte sa main à ses reins, dit qu'elle a des nausées, qu'elle ne peut plus dormir; elle le voudrait bien cependant pour ne pas sentir, car cela fait bien mal dans tout le ventre; c'est atroce! Cependant, aussitôt la contraction passée elle retombe dans une immobilité absolue. Pouls régulier, respiration régulière. Paraît dormir profondément.
— 53.	Sent venir une douleur; s'agite, bien que, dit-elle, elle ne souffre pas.
— 56.	Se plaint pendant toute la durée de la contraction.
9 h. 1.	Se plaint et s'agite.
— 5.	*Id.*
— 7.	Se dresse d'un bond sur son lit, éveillée. Se croit accouchée, s'étonne de ne pas voir son enfant près d'elle. Nausées. Une nouvelle contraction utérine survient pendant toute la durée de laquelle C... crie et se tord sur son lit.

Nous essayons de la replonger dans le sommeil hypnotique par la compression des globes oculaires et la suggestion. Elle dit qu'elle voudrait bien dormir mais qu'elle ne peut pas. Les douleurs sont trop fortes.

On continue la compression des globes oculaires.

9 h. 13. Geint, s'agite et sent que cela pousse. Au toucher on trouve l'orifice dilaté comme la paume de la main; la tête, profondément engagée, faisant déjà effort sur le périnée.

— 15.

La parturiente retombe en état somnambulique.

9 h. 16. Se plaint et s'agite, se frotte les reins, le ventre. Pouls, 100.

— 17. *Id.*

— 18. Les cris et l'agitation vont croissant.

— 21. *Id.*

— 25. C... se réveille en sursaut et cette fois il est complètement impossible de la rendormir.

Ne peut tenir une minute en repos, cris continuels.

9 h. 30, contraction; 9 h. 35, contraction. La tête apparaît entre les lèvres de la vulve poussant devant elle la lèvre antérieure du col qu'on refoule aisément; la rotation se complète et en 3 contractions pendant lesquelles la malade est en proie à une excitation indescriptible et crie comme une primipare l'expulsion se complète. L'enfant du sexe féminin, vivant, pèse 3120 gram. et mesure 48 cent.

L'accouchement est terminé à 9 h. 40.

Après l'expulsion du fœtus il se produit une hémorrhagie. L'utérus se contracte mal. La malade est en deux minutes replongée dans l'hypnose et on peut lui faire une injection à 50 degrés sans qu'elle sente rien. Il en est de même de l'expression utérine qu'on combine à la traction pour extraire immédiatement le placenta qui se présente par sa face fœtale. L'hémorrhagie s'arrête.

On réveille C... immédiatement. Elle ne se rappelle rien depuis 8 heures du matin ; si ce n'est les 3 contractions coïncidant avec le passage de la tête et qui lui ont causé des douleurs atroces.

Vers 11 heures du matin hémorrhagie grave qui ne cède qu'à des injections répétées à 50 degrés.

Le lendemain dans l'après-midi, vers une heure, C... éprouve des tranchées très fréquentes et très intenses qui ne lui laissent aucun repos. On l'endort et on lui suggère de dormir deux heures à la suite desquelles elle n'aura plus de coliques. Ce qui advint en effet.

Les suites de couches ont été absolument normales. Aujourd'hui, 2 mai, C... est en état de sortir de l'hôpital.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 14 avril.

M. PORAK — **Des tentes aseptiques et de leur emploi dans le traitement de l'endométrite.** — Beaucoup de gynécologues ont constaté que l'emploi des tentes était dangereux et ont pour cela donné la préférence à la discission du col de l'utérus, aux dilatateurs métalliques et aux bougies graduées. Ces craintes sont justifiées lorsqu'on ne se sert pas de tentes aseptiques.

Voici les résultats d'une série de recherches faites dans le but de découvrir un moyen sûr d'avoir des tentes aseptiques sans nuire à leur qualité essentielle, l'extensibilité.

L'éponge préparée, munie de sa ficelle, peut être trempée dans des solutions aqueuses antiseptiques et en être intimement imbibée. Mais lorsqu'on retire la ficelle, l'éponge se distend spontanément à l'air, elle ne peut plus être introduite dans la cavité utérine. Si on la laisse préalablement dessécher dans des flacons, elle peut s'y souiller et se trouver dès lors dans les conditions des éponges, dites aseptiques mais qui ne le sont pas, qu'on vend dans des officines.

L'éther, l'alcool, l'huile, etc., les essences ne dilatent pas les éponges quel que soit le temps qu'elles séjournent dans ces liquides. Mais les uns, comme l'huile, retirent à l'éponge sa propriété d'extensibilité. Ceci arrive encore avec certaines substances en dissolution dans ces liquides comme l'iode, les sels mercuriaux, l'iodol. On devra donc donner la préférence aux éponges trempées dans de l'éther idoformé, à condition qu'elles soient placées à l'abri de la lumière.

L'eau seule dilate la laminaire. L'huile, l'éther, l'alcool ne la dilatent pas. Après avoir trempé dans des solutions antiseptiques et après être revenue sur elle-même, la laminaire perd sa résistance, sa forme, et en partie sa propriété d'extensibilité. Le séjour de la

laminaire dans une solution éthérée d'iodoforme ou dans une solution alcoolique de sublimé, constitue un excellent procédé pour la rendre aseptique ». Elle n'a pas perdu sa propriété de se dilater et de plus elle présente alors l'avantage d'être plus souple.

L'huile seule ne dilate pas les tiges de tupelo. L'éther, l'alcool les dilatent et celles-ci ne reviennent plus à leurs dimensions primitives. Il est donc difficile de les soumettre à des manipulations destinées à les rendre aseptiques.

Sous l'action des tentes, dans le cas d'endométrite, le col, et probablement aussi la partie inférieure du corps de l'utérus, se laissent distendre. Cette partie représente une cavité infundibuliforme, dont les parois amincies peuvent être dilatées et écartées par les valves d'un spéculum. Elle peut donc être explorée directement et moulée. Mais le corps se révolte contre l'agent dilatateur, ses parois s'épaississent. Sa cavité présente une dimension verticale plus petite que celle de la portion dilatée. La dimension verticale de la totalité de l'utérus est d'ailleurs accrue. Le corps de l'utérus se présente sous deux aspects, tantôt sous celui d'une cavité cylindrique, tantôt sous celui d'une cavité triangulaire séparée de la portion infundibuliforme sous-jacente par une portion rétrécie.

Dans les cas de corps fibreux pariétal, il est plus facile d'obtenir la dilatation de toute la portion de l'utérus située au-dessous de lui.

Lorsque le fibrome est inséré sur le fond de la matrice, on peut retrouver au-dessous de lui, au-dessus de la portion infundibuliforme largement dilatée, une partie rétrécie.

Cette disposition est moins nette que dans l'endométrite.

Je ne sais pas au juste ce qui peut se passer quand on dilate un utérus cancéreux. Il ne faut pas oublier que les conditions sont tout à fait différentes, qu'il s'agisse d'un cancer limité à la muqueuse utérine ou des formes vulgaires du cancer du col, ulcéré, infiltré, végétant, dans ces cas la paroi musculaire est plus ou moins détruite, et je ne pense pas qu'elle se laisse dilater par les tentes comme dans les cas précédents.

Les résultats de la dilatation à l'aide des tentes aseptiques m'ont paru très satisfaisants et dans les différents cas où je l'ai tentée, je n'ai jamais observé des accidents sérieux. J'ai cependant dans un cas laissé séjourner dans la cavité utérine une éponge iodoformée pendant six jours pleins.

Une pareille tolérance ne peut évidemment être obtenue qu'avec des éponges aseptiques. J'ai observé du 1er février 1865, au 1er février 1887, 550 malades à la consultation de l'hôpital St-Louis, parmi lesquelles 348 étaient ou ont été atteintes très probablement d'un degré plus ou moins marqué de métrite subaiguë ou chronique.

260 fois *la métrite constituait la lésion principale.*

27 cas d'endométrite post puerpérale : involution tardive de l'utérus, endométrite déciduale.

117 cas de métrites avec prédominance d'endométrite du corps ou du col.

35 cas de métrite, surtout parenchymateuse.

87 cas d'endométrite avec hypertrophie notable du parenchyme du corps ou du col de l'utérus.

82 fois *la métrite était moins marquée ou nulle* :

17 fois on constata le fibrome utérin.

5 fois un polype, fibreux (3 fois), muqueux (2 fois).

60 fois des déviations utérines.

Je n'ai observé que très rarement la métrite chez des jeunes filles non réglées, chez des femmes après la ménopause, même chez des nullipares. L'existence antérieure d'accouchements ou d'avortements a été la règle. Je ne dis pas que cela soit la cause nécessaire mais je ne suis pas convaincu que la diathèse joue un rôle étiologique prépondérant dans la genèse de la métrite. Je ne pense pas qu'il faille admettre une métrite arthritique, herpétique, scrofuleuse, c'est-à-dire autant de métrites distinctes, mais une maladie primordiale, la métrite, dont l'expression symptomatique varie suivant la manière de réagir du terrain sur lequel elle évolue.

La métrite est souvent la conséquence d'un retour imparfait après l'accouchement de la matrice à l'état normal. Pendant les couches, il y a des septicémies très atténuées qui ne laissent après elles comme conséquence qu'une métrite. La muqueuse utérine peut être infiltrée des agents pathogènes de la septicémie. Je suis donc convaincu qu'on peut réussir en dilatant et en curant l'utérus là ou tout autre traitement était resté inefficace.

Je n'ai cependant pas recours très fréquemment à ce mode de traitement qui a la réputation d'être brutal et *dangereux*. Je reste frappé des complications qui surviennent rarement mais cependant quelquefois à la suite des plus petites opérations gynécologiques. Je pense qu'on ne doit recourir à l'écouvillonnage de Doléris et

au curettage que lorsqu'on a échoué dans les traitements plus anodins.

Les pratiques antiseptiques ont considérablement diminué les risques à la suite des interventions dans l'utérus, mais elles ne les ont pas supprimés. On cite encore des cas de mort et d'accidents graves à la suite de la cautérisation au fer rouge le traitement antiseptique par excellence.

Je n'ai pratiqué l'écouvillonnage que 10 ou 15 fois et le curettage qu'une seule fois, dans le seul cas d'endométrite fongueuse que j'ai constatée certainement par le toucher intra-utérin. J'ai été frappé des résultats vraiment remarquables obtenus dans les cas de métrites rebelles et dans les cas de métrites hémorrhagiques. Lorsqu'on se décidera à intervenir ainsi, il faudra maintenir les malades au lit et suivre les règles antiseptiques les plus rigoureuses.

Charpentier. — Une chose me frappe beaucoup dans la démonstration que M. Porak vient de faire au tableau, ce sont les faibles dimensions de la cavité utérine qu'il dit avoir trouvées après dilatation du col. Il est notoire que toutes les fois qu'il y a métrite chronique, il y a en même temps qu'augmentation du volume des parois de l'utérus, agrandissement des diamètres de sa cavité. Ce fait journellement constaté en clinique s'accorde mal avec les chiffres indiqués par M. Porak. Je crains donc qu'il y ait eu au moins erreur d'interprétation.

Pajot. — Fort des résultats qu'il a obtenus jusqu'ici, M. Porak a cru être en droit de conclure qu'on pouvait, sans aucuns risques, à condition qu'elles fussent aseptiques, laisser une éponge, une tige de laminaire....., de 5-6 jours dans l'utérus. Je ne puis, en présence de cette déclaration, m'empêcher de penser à ce précepte d'un homme qui était bien avisé et bien prudent, de P. Dubois. « *Ne tirez jamais, disait-il, de conclusion d'un fait isolé* ». Ne l'oublions pas, en effet, il faut toujours compter avec les susceptibilités individuelles. *Il y a des utérus qui ne supportent rien, il y en a qui supportent tout.* Ce sont ces différences individuelles qui expliquent comment des hommes comme Engelmann, comme le très regretté Gallard, ont pu citer des cas de mort à la suite des interventions les plus insignifiantes.

Martineau. — La dilatation de l'utérus, dit-on, est très rarement pratiquée en France, si on la pratique moins souvent, c'est parce

qu'on en connaît mieux les indications. J'y ai recours, quand il me paraît indispensable de faire disparaître le rétrécissement produit par l'inflammation du tissu utérin. Cela m'arrive 2 ou 3 fois par an. Enfin il y a une contre-indication presque constante à ces manœuvres, c'est l'existence de l'adéno-lymphite.

Quant à l'influence des états diathésiques, ai-je besoin de la démontrer de nouveau? Je me suis efforcé de faire voir les différences cliniques qui permettent de distinguer la métrite scrofuleuse de la métrite arthritique, herpétique.... Sous le rapport du traitement, il semblerait à entendre plusieurs de mes collègues que je condamne le traitement local. Or, je n'ai jamais rien professé de pareil. J'ai insisté, il est vrai, sur l'importance du traitement nosologique mais je n'ai pas oublié de parler du traitement local, du traitement anatomique, pour lequel j'admets même, mais dans des conditions bien déterminées et nécessairement exceptionnelles, le curettage de l'utérus.

Pajot. — Il existe une confusion que j'ai déjà essayé de dissiper dans la dernière séance. J'entends des orateurs parler presque indifféremment de métrites, d'endométrites... Or, j'ai déjà dit qu'il importait dans la discussion actuelle d'être plus précis dans l'emploi des termes. Ce dont il s'agit ici, c'est de l'endométrite et de son traitement.

Guéniot. — Comme M. Pajot, je crois qu'il convient d'être plus précis. Je pense aussi que la discussion actuelle vise l'endométrite et son traitement. Mais même au point de vue de l'endométrite, il est une division que personne n'a encore faite et qui me paraît cependant bien justifiée par les faits cliniques. Il y a l'endométrite du col, et l'endométrite du corps, la première de beaucoup la plus fréquente, et facilement curable. On la rencontre 90 0/0. Je crois que dans le débat actuel il s'agit de l'endométrite du corps de la matrice.

Doléris. — Si la discussion s'est égarée, j'ai peur que ce ne soit parce qu'on n'a pas lu ou qu'on a mal lu mon travail. Tous les points sur lesquels j'appelais la discussion je les avais mis bien en relief, en têtes de chapitres. Or, il est bien évident que ce que j'ai visé, c'est l'endométrite du corps de l'utérus et son traitement. A propos de l'observation faite par M. Guéniot, j'ajouterai que précisément dans ce même mémoire j'annonçais que l'endométrite du col serait l'objet d'un travail ultérieur.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 10 décembre 1886.

Présentations : VEIT. a) **Une trompe de Fallope**, enlevée dans le but de remédier à une périmétrite récidivante. On constate sur cette pièce pathologique l'épaississement de la paroi tubaire et l'hypertrophie de la couche musculaire, lésions qui ont été décrites par Kaltenbach. L'opération présenta de grandes difficultés en raison de la fixation de l'utérus; *guérison* ; b) *Une tumeur dermoïde*, avec pédicule adhérent à l'ovaire. L'opération fut rendue nécessaire par l'apparition de symptômes qui indiquaient la torsion du pédicule. L'ovaire qui contenait plusieurs petits kystes fut enlevé ; *guérison.*

TANGER. **Une monstruosité fœtale.** — C'est un fœtus de 7 mois environ, qui présente une ectopie des viscères abdominaux. Fléchi au niveau de la région moyenne du corps, les pieds reposant sur la région dorsale, il était étroitement accolé au placenta. Pas de traces de cordon ombilical. Les viscères abdominaux sont situés hors de la cavité abdominale.

WINTER. **Une coupe d'un utérus gravide congelé.** — Il s'agit d'un utérus qui contenait un fœtus hydrocéphale, et qui se ruptura spontanément sans que le fœtus fût expulsé hors de la cavité utérine.

La pièce provient d'une secondipare chez laquelle le travail survint au terme normal de la gestation. La période de dilatation fut extrêmement longue. Le liquide amniotique s'écoula 12 heures après le début des contractions, le col ayant encore toute sa longueur et laissant pénétrer un doigt. 28 heures environ après la rupture de la poche des eaux, c'est-à-dire 48 heures après le début des contractions, la rupture de l'utérus, à laquelle la femme succombe bientôt, se produisit spontanément sans qu'il fût survenu des contractions violentes. On avait bien porté le diagnostic d'un fœtus hydrocéphale, mais comme la parturiente disait qu'elle se trouvait assez bien, et que le col n'était pas dilaté, on s'était abstenu de procéder à la perforation. L'enfant étant mort, on ne fit pas la section césarienne *post mortem.*

La pièce pathologique permet de relever les particularités suivantes :

Le travail était au commencement de la période de dilatation; l'orifice externe admet un doigt, le col est complètement effacé. Le segment inférieur est extrêmement augmenté. L'orifice externe est distant de l'anneau de Bandl, très apparent sur la paroi postérieure de l'utérus, de 21 cent. En avant, cet anneau est moins net, cependant on voit qu'à partir de 16-17 cent. au-dessus de l'orifice externe la paroi utérine s'épaissit peu à peu.

La placenta est situé dans la région postéro-supérieure de l'utérus il présente des impressions profondes faites par les extrémités fœtales.

Le foyer de la rupture est situé du côté gauche de l'utérus, et, en arrière, elle communique avec la cavité abdominale. De ce point part une déchirure, longue de 12-15 cent. qui s'étend jusqu'à l'anneau de Bandl.

HOFMEIER. Des coupes faites, après congélation, sur un utérus atteint de prolapsus.

COHN. donne des renseignements complémentaires sur les résultats de l'opération césarienne dont Schröder avait parlé dans la précédente séance (1). L'opérée a eu des suites de couches tout à fait normales. Jamais la température n'a atteint 38°, le pouls a oscillé entre 60 et 80. Dès le 4e jour, la mère a allaité elle-même son enfant qui est superbe.

Discussion sur les travaux de Veit et de Liman sur **l'avortement criminel** (2) (Cent. für Gynäk, n° 5, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE DRESDE

Séance du 2 *décembre* 1886.

Présentations : KORN. **Une femme à laquelle il a fait, 10 mois auparavant, l'opération césarienne.** 4 semaines après l'opération la menstruation reparut et se rétablit aussi régulière que par le passé. La cicatrice abdominale est petite et unie. L'utérus, parfaitement mobile, est un peu déplacé vers la droite et en arrière, bien qu'en antéflexion. Sur sa face antérieure, on sent les fils d'argent qui ont servi pour

---

(1) Voir in Ann. de Gyn. et d'Obst., p. 299. Avril 1887.

(2) Nous attendons pour donner le résumé de cette discussion que les mémoires de Veit et de Liman aient été publiés.

les sutures. La pression à leur niveau est douloureuse. Ils forment de petites saillies. Les ovaires sont mobiles. Pas d'exsudats. Depuis 6 semaines, suppression des règles. S'agit-il d'une nouvelle grossesse, la question ne peut être encore résolue. Que la présence d'une suture utérine métallique ne constitue pas un obstacle absolu à l'évolution d'une grossesse, le fait est aujourd'hui bien acquis (Vid. mémoire de Sänger sur l'opération césarienne). Il est cependant impossible d'affirmer que cette circonstance ne peut jamais troubler le cours normal de la gestation. Cela suffirait pour qu'on donnât dès à présent la préférence aux fils de catgut. Une femme qui avait subi la section césarienne et chez laquelle on avait employé les fils de catgut, s'étant peu après présentée à l'examen, on constata que l'utérus était beaucoup plus revenu à l'état normal que lorsqu'on se sert de fils métalliques. On ne constatait sur la surface antérieure qu'une dépression légère qui correspondait à la ligne de retournement de la séreuse. Après l'emploi des fils d'argent, on trouve au contraire une crête fort irrégulière. Dans un seul cas, jusqu'à présent les fils d'argent ont provoqué des accidents. Leurs extrémités s'étant retournées, irritaient la face postérieure de la vessie et donnaient lieu à des mictions le plus souvent très douloureuses.

Léopold. — Une femme qu'il a opérée pour un **sarcome de l'ovaire.** L'opération fut difficile en raison d'adhérences nombreuses très vasculaires et du peu de longueur du pédicule. Par suite de cette dernière circonstance, il fut impossible d'amener la tumeur au dehors et il fallut la traiter comme s'il s'agissait d'un myome à large base. La tumeur étant soulevée par des aides, on transperça le pédicule avec une aiguille et on le lia au-dessous, aussi profondément que possible, à l'aide d'un lien élastique. La tumeur enlevée, on sutura, suivant la coutume suivie dans les cas semblables avec le plus grand succès, le péritoine des bords de la plaie abdominale à celui du moignon, au-dessus du lien élastique. Suites opératoires apyrétiques. Le lien élastique fut enlevé 3 semaines après et le moignon se détacha. Opérée le 4 octobre, la femme parfaitement guérie, quitta l'établissement le 4 décembre.

Léopold. — Donne des détails sur un cas de **périnéoplastie**. Il l'a pratiquée chez une femme âgée de 26 ans, qui à la suite d'un accouchement, avait eu une déchirure complète du périnée qui intéressait aussi le rectum sur une assez grande hauteur. On avait suturé immédiatement après la délivrance. Un mois après, il y

avait incontinence complète des matières fécales, de plus, il existait une fistule recto-vaginale qui admettait l'extrémité du doigt. Léopold divisa le périnée rudimentaire de nouvelle formation et après avoir abrasé tous les tissus cicatriciels, il pratiqua un avivement triangulaire, suivant à peu près la technique adoptée par Hégar et Kaltenbach. Il sutura ensuite en deux temps, *a*) le rectum (fils de catgut fins) ; *b*) le périnée (fil de catgut plus gros), en employant la suture continue.

Suites opératoires apyrétiques. Restauration complète des fonctions du sphincter. Léopold insiste sur la simplicité et les avantages de la suture continue avec des fils de catgut, rendus aseptiques par l'immersion dans une solution de sublimé.

SCHRAUM a opéré dans ces derniers temps deux femmes atteintes de déchirures complètes du périnée, d'après la méthode de Schröder et fait plusieurs colporraphies. Il s'est servi de fils de catgut trempés dans de l'huile de génévrier et il insiste sur les qualités de ces fils.

MICHAEL présente plusieurs coupes de pièces pathologiques.

LÉOPOLD. — **Coup d'œil rapide sur les actes de la clinique de Dresde depuis le 1er septembre 1883 jusqu'au 1er septembre 1886.**

Le personnel médical a été augmenté. Il y a aujourd'hui 4 assistants qui sont respectivement et exclusivement chargés, a) du service de gynécologie ; *b*) de la salle d'accouchement ; *c*) du service des femmes accouchées. Au quatrième est dévolue la mission de faire des recherches anatomo-pathologiques, histologiques, bactériologiques, que comportent les opérations diverses faites à la clinique, et de communiquer, aux heures spéciales des leçons et des conférences, les résultats de ces recherches aux médecins et assistants bénévoles.

Pendant ces trois années, il y a eu 96 assistants bénévoles qui ont fait en moyenne un stage de 4 mois. Huit d'entre eux sont tenus de demeurer à la clinique de sorte que, avec les 4 assistants titulaires, il y a en tout 12 médecins qui se partagent le travail. Tous sont suffisamment occupés. Tous les médecins sont autant que possible habitués aux examens et exercés aux opérations. Ainsi pour l'année 1885, moitié des opérations obstétricales ont été faites par les assistants, et moitié par les stagiaires bénévoles.

Par suite des difficultés plus grandes de l'examen d'admission, le nombre des élèves sages-femmes autrefois de 45, est tombé à 25.

Mais le nombre a été remplacé par la qualité. Cette année il est remonté à 30.

Du 1er septembre 1883 au 1er septembre 1886, il y a eu 4,128 accouchements, soit 1,376 par an en moyenne. Sur les 4,128 accouchements, il y a eu en tout 43 morts, soit pour le taux de la mortalité 1,0 0/0. *Par infection* 20 — 0,48 0/0. Treize de ces femmes sont mortes pendant une épidémie qui s'est déclarée au cours de la première année. Trois autres rapportées du dehors étaient déjà infectées au moment de leur admission.

Les décès par septicémie se répartissent comme suit :

1re année (épidémie)	14	morts	= 1,0	0/0
2e »	4	»	= 0,29	»
3e »	2	»	= 0,14	»

A la suite de l'épidémie de la première année, les précautions antiseptiques furent redoublées, et on se servit de solutions de sublimé. *A partir de ce moment jusqu'au 1er septembre 1886, il y eut 3,196 accouchements avec seulement 7 décès par infection = 0,21 0/0. Or, si l'on met à part les 3 cas de septicémie, contractée au dehors, le taux réel de la mortalité de la clinique tombe à 0,12 0/0; chiffre qui, si l'on tient compte de l'énorme proportion des opérations obstétricales nécessitées surtout par la fréquence des bassins rétrécis, est extrêmement remarquable.*

Sur ces 4,128 il y a eu en effet 463 opérations, = 11,2 0/0, dont 64 versions et extractions, 54 perforations, 5 embryotomies, 29 accouchements prématurés artificiels, 23 extractions manuelles du placenta, 33 curages de la matrice après l'avortement, 15 opérations césariennes. Enfin, on a observé dans la proportion suivante, diverses complications : l'éclampsie 1 fois pour 158 accouchements : le placenta prævia 1 fois pour 137; les rétrécissements du bassin 1 fois pour 7,3 ; les déchirures profondes du col, qui furent suturées, 1 fois pour 179. Quant aux applications de forceps, elles ont été faites dans la proportion de 1 pour 27. — Ce simple coup d'œil suffit à faire bien ressortir l'importance et l'activité de la clinique de Dresde qui peut soutenir le parallèle avec la clinique de Berlin (Cent. für. Gynäk. No 8. 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 6 *avril* 1887.

CHAMPNEYS. — **De l'expulsion du placenta et de l'hémorrhagie qui accompagne la délivrance.** — Sur 70 cas, la surface fœtale s'est présentée 64 fois, la surface maternelle 2 fois, l'amnios 4 fois. En ajoutant à ces faits, ceux observés par Pinard et Ribemont, la surface fœtale s'est présentée 127 fois, le bord fœtal 27 fois, la surface maternelle 5 fois. La partie qui se présentait a été 65 fois plus rapprochée du bord inférieur du délivre, 1 fois du bord supérieur. Dans deux cas, elle correspondait au centre du placenta. Dans deux autres, rien ne fut noté à ce sujet; 16 fois, c'est le bord inférieur ou l'amnios situé au-dessous de ce bord inférieur, qui s'est présenté. La position de la partie qui se présente varie avec celle du placenta. Plus élevée est l'insertion placentaire, plus elevé aussi est le point qui se présente et *vice versâ*. Jamais, dans ces 70 cas, le placenta ne s'insérait sur le fond même de l'utérus. La perte moyenne du sang avant l'expulsion du délivre est de 90 grammes. Avec les membranes, avec le placenta il s'en perd aussi environ 90 grammes, soit de 180 à 200 grammes.

Conclusions : 1° Une hémorrhagie modérée constitue un des phénomènes physiologiques de la troisième période du travail ; 2° Le placenta se présente le plus souvent suivant un point de la surface amniotique; 3° D'une manière à peu près constante, ce point est rapproché du bord inférieur du placenta; 4° La position de ce point varie avec le siège de l'insertion placentaire; 5° L'inversion du placenta, dans la très grande majorité des cas, n'est pas due aux tractions exercées sur le cordon, elle est la conséquence d'un mécanisme naturel.

En ce qui concerne la cause et le mécanisme du décollement placentaire, il est probable : 1) qu'il faut, en dehors de la rétraction qui s'opère au niveau de l'insertion du délivre, faire jouer un certain rôle au sang qui s'échappe des vaisseaux déchirés ; 2) que la légère inversion du délivre qui se produit est due à ce dernier facteur; 3) que, dans les circonstances ordinaires, la quantité du sang épanché, n'est pas suffisante pour constituer une grosse masse faisant saillie dans une large cavité située en arrière du placenta (British. med. Journ. Avril 1887. N° 1372).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 15 février 1887.

HUNTER présente du **fil de cuivre pour les anaplasties.** Ce fil est plus souple et plus résistant que le fil d'argent, beaucoup moins cher, et si fin qu'on peut l'enfiler dans une aiguille ; il ne s'oxyde pas rapidement.

A une question posée par MUNDÉ, président, Hunter répond en assurant que l'enlèvement de ce fil est moins facile que celui du fil d'argent.

HANKS l'a employé et s'en loue fort.

LEE le trouve cassant.

E. H. GRANDIN. — **L'électricité dans quelques maladies des femmes et dans l'inertie utérine.** L'auteur commence par citer les travaux de Mundé sur ce sujet. Il emploie sa technique opératoire, sans y rien changer. Pour stimuler l'utérus, il se sert du courant faradique; pour calmer ou pour causer l'absorption des tissus, il emploie le courant galvanique, continu ou interrompu.

Il ne parle pas des fibromes ; son expérience se borne à l'aménorrhée ataxique, la subinvolution, l'hyperplasie aréolaire, et les exsudations subaiguës et chroniques circum-utérines.

L'électrisation donne les meilleurs résultats dans *l'aménorrhée de l'acclimatement.* Dans deux cas, le bioxyde de manganèse (1) avait échoué, la faradisation a ramené les menstrues et les a régularisées. Le courant électrique n'a pas la prétention de supplanter tous les autres agents, il leur vient en aide, dans la subinvolution. Il fait diminuer la congestion, combat les hémorrhagies et la leucorrhée, plus rapidement que les autres moyens. L'auteur remplace les applications médicamenteuses intra-utérines dans l'endométrite catarrhale et avec grand avantage, dit-il, par le courant électrique. Il le recommande principalement dans l'oophorite et l'oophoralgie, et il cite le cas d'une femme qui présentait les restes d'une pelvi-péritonite, et une fixation de l'utérus en rétroflexion. Elle avait été traitée pendant plusieurs mois par un de nos plus distingués lapa-

(1) Employé souvent en Amérique préférablement au permanganate de potasse, contre l'aménorrhée (A C.).

rotomistes, qui finit par lui dire que la laparotomie était la seule chance. L'électricité lui a fait un grand bien.

En terminant, Grandin raconte un cas d'inertie obstétricale, dans lequel le courant a ramené la contraction et terminé l'accouchement. L'enfant était mort avant l'application du courant.

HUNTER se loue aussi du galvanisme, dans les cas cités par Grandin. Ses résultats, au moins dans l'aménorrhée, ne sont pas permanents.

PEIRCE cite deux cas d'aménorrhée due à un changement de climat, et guérie par l'électricité. Le galvanisme lui a donné des succès dans l'oophoralgie.

LEE a réussi dans des cas d'atrophie prématurée *apparente* de l'utérus et des ovaires, et dans les douleurs qui suivent parfois l'ablation des ovaires et des trompes. On obtient, non la guérison mais le soulagement. L'opinion des membres qui prennent la parole : HARRISON, CLEVELAND, MORRILL, HANKS, COE, FREEMAN, NILSEN, est à peu près la même.

MUNDÉ a une grande confiance dans l'électricité.

MURRAY l'a employée dans un cas de grossesse extra-utérine, pour tuer le fœtus. Elle réussit dans les douleurs de la pelvi-péritonite.

MC LEAN : **Kyste de la paroi vaginale antérieure.** L'auteur fit l'énucléation de la tumeur.

HANKS a guéri des malades par la ponction et l'injection iodée.

CLEVELAND les incise et applique de la teinture d'iode. Il croit ces kystes plus communs dans la paroi vaginale antérieure.

MUNDÉ les croit plus communs dans la paroi postérieure.

HUNTER de même.

LEE en a énucléé un qui avait été pris pour un cancer (1).

HARRISSON. — **Deux cas de grossesse extra-utérine traités avec succès par l'électricité.** Dans le premier cas, la malade était enceinte de 6 semaines ; dans le second, de 4 mois.

LEE a remarqué que, lorsque le kyste extra-utérin est entouré de dépôts inflammatoires, le courant semble agir moins rapidement, il faut alors introduire une électrode, non dans le vagin, mais dans le rectum.

(1) J'en ai, avec le Dr Oltramare, opéré un qui avait été pris pour une hernie vaginale (A. C.).

Discussion : HUNTER, MUNDÉ, HANKS.

NILSEN rapporte **un cas où l'on pouvait voir et sentir les battements du cordon**, à travers la paroi abdominale tant elle était mince.

PEIRCE et MUNDÉ ont vu des cas semblables.

Séance du 1er *mars* 1887.

WYLIE. — **Bandage de Tait après la laparotomie.** Tait fait porter ce bandage à ses opérées pendant un an. Il est sans doute fort agréable aux femmes, mais l'absence de hernies est due plutôt à la manière dont est faite la suture.

SIMS est du même avis.

LEE et CHAMBERS croient à l'efficacité d'un bandage élastique.

PERRY a vu un cas de guérison spontanée, sans bandage, d'une hernie ventrale.

CHAMBERS croit, avec Wylie, qu'il est fort utile de suturer d'abord le péritoine, puis les muscles et le fascia. Depuis qu'il le fait, il n'a plus de hernie.

MUNDÉ, président, remarque que Tait fait de très petites incisions, et que les Anglaises ont des parois abdominales plus fermes que les Allemandes, probablement parce qu'elles portent plus habituellement un bandage après leurs couches. On pourrait en dire autant des Américaines.

PERRY attribue la flaccidité de la paroi du ventre à l'anémie et à la faiblesse constitutionnelle.

SIMS. — **Plaques d'ébonite pour la gastrotomie.** Elles sont destinées à supporter les broches qui traversent le pédicule.

HUNTER et MUNDÉ trouvent cet instrument excellent.

GRANDIN. — **Ténaculum automatique.** Le manche du ténaculum porte une fourchette qui peut glisser comme un verrou et fixer la partie sur laquelle on a planté le ténaculum. Il est pourvu d'ouvertures permettant de le fixer au spéculum.

WYLIE rappelle qu'il a fait une « pince angulaire » qui remplit le même but.

WYLIE. — **Ovaire kystique.** La tumeur n'est pas un cystome, mais une dégénération kystique.

LEE. — **Dégénération kystique des ovaires et double pyo-salpinx.**

POLK croit qu'on devrait moins souvent enlever les trompes, non lorsqu'elles sont pleines de pus, mais quand elles sont seulement affectées d'inflammation catarrhale.

Wylie croit qu'il faut les enlever lorsqu'elles sont adhérentes. L'adhérence ne constitue pas la maladie, elle la démontre, par suite, elle se reproduira, si l'on se borne à séparer les organes réunis et malades.

Discussion : Mundé, Nicoll.

Fowler. — **Hermaphrodisme vrai.** Le monstre, mort à 27 ans, de congestion cérébrale, pendant la menstruation, avait des accès mensuels épileptoïdes, de l'hystérie, et des douleurs semblables à celles de la dysménorrhée. Son vagin et son urèthre (mâle) contenaient un liquide analogue au sang menstruel. Poitrine masculine, bassin large, peu de barbe, pas de poils sur les seins, les épaules, le dos et les extrémités. Deux testicules, deux ovaires, pénis avec un gland, vagin, utérus, trompes. L'urine et le sang menstruel sortaient par le pénis. A vécu comme un homme.

Les pièces, modelées en cire, appartiennent au Dr Lewis Sayre.

Grandin. — **Monstruosité** : L'auteur présente la photographie d'un enfant de 13 mois, qui a du côté droit, 2 humérus, 3 radius, 3 cubitus, 3 mains, 14 doigts complets et 2 rudimentaires. La famille de cet enfant présente quelques irrégularités moins accusées.

P. F. Chambers. — **Traitement chirurgical des gros fibromes utérins descendus dans le vagin.** Il est souvent fort malaisé de passer le fil autour du pédicule. L'auteur conseille le morcellement. S'il donne lieu à une hémorrhagie abondante, il plonge le cautère Paquelin en tout sens dans la tumeur, de façon à la *cuire*, et à arrêter la perte. Puis il reprend les ciseaux, et continue le morcellement. Il est alors aisé de sectionner le pédicule. On panse avec de l'iodoforme et de l'acide phénique.

Wylie préfère l'ouverture de la capsule et l'énucléation.

Murray croit que, si l'on exerce une traction suffisante, l'hémorrhagie n'est guère à craindre.

Janvrin approuve l'emploi du thermo-cautère.

Polk propose d'introduire un tire-bouchon dans la tumeur, pour exercer la traction nécessaire.

Mundé insiste sur l'importance qu'il y a à connaître le lieu d'implantation de la tumeur.

Harrisson et Mc Lean prennent aussi la parole.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 3 *février* 1887.

J.-M. Baldy. — **Nouvelle opération d'Emmet pour le prolapsus de la paroi vaginale postérieure ou déchirure du périnée.** Le périnée n'est pas le support des organes pelviens. L'utérus ne s'appuie point sur le périnée. Quand on l'affirme, on dit une chose aussi rationnelle, comme Emmet l'a écrit : « que si l'on disait que le « pantalon est soutenu par les jambes, portant sur le cou-de-« pied. » La cause de la procidence se trouve dans la paroi vaginale postérieure qui, à l'état normal, est résistante. Il faut, comme le dit Emmet, refaire « le diaphragme pelvien ».

« Pour cela, on fixe un ténaculum ou un fil dans le sommet de « la rectocèle et on le fait tirer en haut jusque près du méat. On « place un autre ténaculum dans le tissu des lèvres, de chaque côté, « dans la caroncule myrtiforme inférieure. En exerçant une trac-« tion sur les trois points, on forme 3 triangles, dont le sommet com-« mun occupe le sommet de la rectocèle. La base du premier est une « ligne tirée d'une caroncule à l'autre ; les bases des autres sont « des lignes menées de chaque caroncule à un sillon vaginal du même « côté. Si l'on avive ces surfaces, et si l'on réunit les trois téna-« culums, le vagin est rétréci, le périnée est amené vers l'arcade « pubienne, et l'entrée du vagin a repris la longueur qu'elle présente « chez une femme qui n'a pas accouché à terme. Les ciseaux sont « de beaucoup préférables au couteau. On dirige les fils depuis le « sommet des sillons vaginaux vers l'opérateur ; ils émergent sur « la ligne médiane du sillon, et on les fait ressortir au delà du « bord avivé de la rectocèle, tout près du point d'entrée, de l'autre « côté du sillon. De même de l'autre côté. Il reste alors en avant « de la rectocèle un espace triangulaire avivé, qu'on ferme par la « *suture en couronne*, qui passe à travers les lèvres, au niveau « de la caroncule inférieure, puis on suture par quelques points « superficiels le sillon qui se trouve sur la ligne médiane du péri-« née. »

Qu'on emploie le fil d'argent, de catgut, ou de silk worm gut, il est utile de le fixer avec un grain de plomb. On maintient le ventre libre dès le premier jour, et l'opérée urine toutes les 4 ou

5 heures, en se mettant, s'il le faut, à quatre pattes. On peut enlever les fils le huitième jour.

M. PRICE. J. PRICE, Ch. M. WILSON, LONGAKER, H.-A. KELLY, discutent les détails de l'opération.

J. PRICE lit une lettre d'Emmet, parlant de 20 cas environ, où les parties réparées ont subi victorieusement l'épreuve de l'accouchement.

J.-V. KELLY. — **Placenta prævia.** La malade était enceinte de 8 mois environ, KELLY pressa fortement le fœtus contre l'orifice, et creva les membranes sur la tête ; la perte s'arrêta ; sous l'influence de l'ergot, les douleurs augmentèrent. Un retour d'hémorrhagie obligea Kelly à appliquer le forceps dans l'excavation. La délivrance fut faite au bout de 15 minutes, par la méthode Crédé. L'enfant ne vécut qne 30 heures. La mère se remit.

M. PRICE a vu dernièrement 4 cas d'insertion vicieuse à terme. Les 4 mères et les enfants survécurent. Il croit qu'il faut faire la dilatation, la version et l'extraction, et n'approuve pas le tamponnement, qui prend beaucoup de temps.

LONGAKER croit que la meilleure méthode consiste à faire la version par la méthode bipolaire avant de crever la poche ou le placenta. Toutes les méres ont survécu dans les cas dont il parle.

H. A. KELLY présente un **placenta prævia central** qu'il a perforé vers le septième mois. Il n'est pas partisan du tampon.

PARVIN veut innocenter le tampon « employé par des Français éminents » du reproche qu'on lui adresse de causer une hémorrhagie interne. Un tampon bien fait ne nous expose pas à cet accident. Wigand a bien étudié cette question, et démontré que, dans les cas appropriés, les mères et les enfants ont survécu. Müller, de même. Parvin cite des cas de Pajot et de Bailly, dans lesquels le tamponnement a constitué tout le traitement. Murphy (1), le plus heureux des obstétriciens dans ces cas, emploie les dolateurs qui sont des tampons.

PRICE. Lorsque le fœtus n'est pas viable, il faut vider l'utérus par le procédé le plus rapide.

P. A. KELLY. — **Mensurations externes du bassin.** Il y a recours chez les vierges ou dans les cas dans lesquels l'examen interne n'est pas praticable. Sa méthode consiste « à presser profondé-

(1) V. Annales de Gyn., 1885, t. II, p. 57 (A. C.).

« ment avec les doigts de la main étendue, jusqu'à ce qu'on sente « le promontoire, puis, glissant les doigts en haut et en bas « jusqu'à ce qu'on sente bien les rapports, on place les doigts ver- « ticalement au-dessus de l'angle, et on marque sur la paume de « la main la position de la surface postérieure de la symphyse. « La distance qui sépare la marque ainsi faite, de l'extrémité du « doigt, est la mesure du diamètre conjugué vrai ».

MONTGOMERY. — **Trachéotomie et intubation.** Il est nettement partisan de l'intervention prompte. Il a sauvé 6 enfants sur 13 cas d'**intubation.** Dans un cas, l'enfant avala la canule et la rendit par l'anus. Montgomery fit la trachéotomie. Il lui préfère l'intubation, qui n'est pas sanglante, et est sans danger. Le traitement consécutif demande moins de surveillance, puisque l'air inspiré passe par les voies naturelles, et arrive chaud et humide aux poumons. De plus, la canule ne remplissant pas la trachée, les membranes expectorées peuvent passer *autour* de la canule, et non *dans* la canule, ce qui évite son obstruction.

(Résumé d'après l'*Amer. J. of obst.*, 1887, p. 406 à 441, par A. Cordes).

REVUE DES JOURNAUX

De quelques considérations sur le cancer de la matrice, particulièrement au point de vue du traitement palliatif dans les derniers stades de son évolution, Dr A. CURRIER. On a admis, en se basant sur leurs caractères macroscopiques, plusieurs variétés de cancers de la matrice, *l'encéphaloïde, le médullaire, le colloïde*.... Mais il ne saurait y avoir qu'une division scientifique, celle qui a pour point de départ la connaissance des éléments histologiques de la tumeur.

Trois théories règnent au sujet de la structure anatomique du cancer. Dans chacune de ces théories, on accepte cette donnée fondamentale que le néoplasme cancéreux est formé d'un réseau fibro-conjonctif, à disposition alvéolaire, contenant dans ses alvéoles un nombre plus ou moins considérable de cellules libres.

Les points distinctifs de ces trois opinions sont les suivants :

1° Pour VIRCHOW, il s'agit d'un tissu hétérologue. Les cellules intra-alvéolaires sont le produit de la prolifération des cellules du tissu conjonctif.

2° RINDFLEISCH attribue aux cellules intra-alvéolaires une origine épithéliale. Il admet, en outre, qu'en raison d'une sorte d'infection épithéliale, les éléments fibro-connectifs péri-alvéolaires peuvent subir une transformation épithéliale.

3° WALDEYER voit dans le cancer ou dans le carcinome une néo-formation épithéliale atypique, dérivée essentiellement de l'épithélium au niveau duquel elle se produit.

Dans le plus grand nombre des cas, le cancer de la matrice représente une affection primitive. Il n'est pas cependant exceptionnel qu'elle soit secondaire (W. Parker).

S'agit-il d'une maladie locale ou diathésique, on parait se rallier aujourd'hui à la première hypothèse. Il n'est pas cependant douteux qu'il existe chez certains individus une véritable tendance héréditaire à fournir, sous l'impulsion de circonstances déterminantes, certains types morbides.

Que penser de l'inoculabilité du cancer ? Macewen a rapporté en faveur de la possibilité de l'inoculation plusieurs observations relatives à des cas de cancers de la mamelle et du pénis. Si ces faits avaient la valeur qu'il leur a accordée, rien n'empêcherait d'admettre qu'il peut en arriver de même pour les cancers de l'utérus. Mais les faits sont encore trop peu nombreux pour justifier une opinion catégorique à ce sujet. On a pensé que la race, les conditions sociales, l'âge, jouaient un certain rôle dans l'étiologie du cancer. Les Allemandes, les Irlandaises y seraient prédisposées d'une manière spéciale, la race nègre jouirait au contraire d'une certaine immunité. Les classes laborieuses seraient plus fortement atteintes. On voit, dans les tableaux statistiques dressés par Schröder, que sur les femmes soignées à l'hôpital pour des maladies de l'appareil génito-urinaire, 3,6 pour 0/0 étaient des cancers de la matrice, et que ce chiffre tombe à 2,18 pour 0/0 pour les malades de sa clientèle, différence qui n'est pas négligeable.

Sur 65 cas de cancer de l'utérus, observés durant les trois dernières années à « *New-York Skin and Cancer Hospital* », il y en avait 25 chez des Irlandaises, 15 chez des Allemandes, 13 chez

des Américaines (1 négresse, 1 mulâtresse), 8 chez des Anglaises, 2 chez des Ecossaises, et 2 chez des Françaises. Mais ces chiffres ne sauraient ici avoir une valeur absolue, il ne faut pas oublier en effet que ces races entrent pour des proportions bien différentes dans la composition de la population.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le cancer est exceptionnel chez les nullipares, et que sa fréquence varie en raison directe de la fécondité. Des 812 malades observées par Schröder 39 seulement étaient nullipares, et sur les 65 que j'ai soignées, il y en avait seulement 3 (39 ans, 53 ans, 67 ans).

Il ressort également de ces statistiques que le cancer se développe habituellement de la 30e à la 60e année, mais qu'il est observé de beaucoup le plus fréquemment de la 40e à la 50e année.

A ces conditions pathogéniques diverses — surmenage, alimentation insuffisante, hygiène défectueuse, particularités de races, tendance héréditaire, — il faut ajouter l'abus des rapports sexuels.

Excès de coït est en effet synonyme d'hyperhémie exagérée de l'utérus et du vagin, d'irritation vaso-motrice anormale, de destruction excessive de l'épithélium du vagin et du col de la matrice

Si l'on considère en outre que les relations sexuelles sont continuées malgré l'hyperhémie liée à chaque période cataméniale, malgré le ramollissement des tissus amené par la grossesse, en dépit aussi de l'état de parésie qui suit la parturition, est-il vraiment surprenant que l'affection cancéreuse soit aussi commune, et qu'elle se localise le plus souuent au col et au vagin?

Voici quel a été, dans la Grande-Bretagne, le taux de la mortalité pour un million d'habitants, pendant plusieurs années. En 1862 : 368 morts; en 1864 : 394; en 1867 : 403; en 1873-74 : 443 morts. Proportion toujours croissante.

Le facteur pathogénique le plus important, c'est l'*irritation locale*. Faiblesse constitutionnelle, hygiène défectueuse, alimentation insuffisante, fécondité exagérée..., préparent le terrain, irritation, traumatisme local, déterminent l'éclosion de la maladie.

La nécessité du traitement palliatif s'impose en raison de ces principes de conduite que personne sans doute ne peut contester.

1° Il est du devoir du médecin de ne négliger aucun des moyens propres à prolonger l'existence;

2° S'il est impossible d'obtenir une survie marquée, encore est-il

obligatoire de tâcher de rendre ce qu'il reste d'existence ausi douce, aussi confortable que possible.

On entend par ces termes : *derniers stades de la maladie cancéreuse*, la période ou l'infection générale de l'organisme est déjà un fait accompli, et où toute idée d'extirpation radicale est hors de saison.

A ce moment, l'utérus est d'ordinaire immobilisé, l'ulcération est plus ou moins profonde, le péritoine, la vessie, le rectum sont plus ou moins envahis. La santé n'est pas encore complètement altérée, cependant elle subit de sérieuses atteintes du fait des sécrétions profuses, des hémorrhagies, des douleurs...

Nous admettons, par conséquent, que la malade a assez de force pour supporter l'opération, qui en réalité en exige fort peu. Car, le schok et l'inflammation post-opératoire sont habituellement de peu d'importance.

La malade étant anesthésiée, est placée dans la position de Sims. Un large spéculum de Sims découvre le champ opératoire. On coupe alors avec des ciseaux autant de tissus qu'on peut ainsi en enlever. Puis, avec la curette de Sims, on cure utérus et vagin aussi profondément que les conditions spéciales à chaque cas le permettent. Ces temps de l'intervention doivent être exécutés prestement, car ils peuvent se compliquer d'hémorrhagies abondantes.

Dans certains cas, il devient urgent de faire le tamponnement avec des bourdonnets de coton, imbibés d'une solution styptique. L'hémorrhagie arrêtée, on remplace la valve de Sims par un spéculum de Fergusson, large et court, destiné non seulement à découvrir mais aussi à éclairer le champ opératoire. Il est également très avantageux de garnir l'orifice vulvaire, et l'entrée du vagin de coton hydrophile. Enfin, avant de procéder au dernier temps de l'opération, il est bon d'examiner très attentivement le champ opératoire, ce à quoi on arrive aisément au moyen d'un petit appareil électrique semblable à ceux dont on se sert pour l'examen des affections du larynx.

Cela fait, on applique soigneusement le bulbe du thermo-cautère Paquelin porté au rouge, sur toute l'étendue de la surface opératoire. Puis on fait un tamponnement léger avec des bourdonnets de coton. Le premier bourdonnet est enduit de vaseline, les autres imbibés d'une solution bicarbonatée-sodique ou chargés d'une mixture à parties égales d'iodoforme et d'extrait liquide d'eu-

calyptus. On laisse le tempon en place 2 ou 3 jours, l'eschare se détache 2 ou 3 jours après. Si l'état des tissus le permettent, on bourre alors la cavité de bourdonnets de coton imbibés d'une solution à 30 pour 0/0 de chlorure de zinc, qu'on peut également laisser en place 2 ou 3 jours.

Au bout d'une semaine environ, il se détache une seconde eschare, étendue, qui met à nu une surface granuleuse, ayant un aspect normal. Ce traitement est complété par des irrigations vaginales chaudes, par l'application de substances styptiques ou désinfectantes, convenablement choisies.

Dans quelques cas de sa pratique personnelle, le Dr Janvrin a essayé de combattre les cancers, non seulement de l'utérus, mais aussi de la face, du sein, du rectum..., avec une plante originaire du Brésil et de la famille des euphorbiacées, l'*alveloz*. Les résultats paraissent satisfaisants, mais ne permettent pas encore de conclure si ce nouveau topique donne des résultats durables, s'il n'agit que localement ou s'il exerce une action plus profonde sur l'organisme. (The New-York med. Journal, 5 mars 1887).

Dr R. Labusquière

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS

Par **S. Tarnier** et **P. Budin**. *Tome deuxième*. PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE (1).

Quatre ans se sont écoulés, entre l'apparition du premier volume de cet ouvrage, que nous présentions à nos lecteurs en décembre 1882, et la venue de ce deuxième volume.

Quelle lenteur! dira-t-on, nous allions écrire, disait-on? Après avoir pris connaissance de ce qui vient de paraître, l'on ne tiendra plus le même langage, et si la lecture du premier volume avait rendu l'impatience, et plus vive et plus

(1) Paris. G. Steinheil, 1886.

légitime, la lecture du second fera comprendre qu'il eut été difficile sinon impossible d'aller plus vite.

C'est qu'en effet cette deuxième partie traite de la *Pathologie* de la grossesse, c'est-à-dire, une des parties les plus complexes, les plus ardues et jusqu'alors les plus inconnues de l'obstétrique.

Exposer d'une part, les maladies propres de la grossesse, et d'autre part, l'influence qu'exerce ou subit la grossesse lorsqu'elle se développe sur un organisme malade antérieurement ou le devenant pendant le cours de la gestation, mais indépendamment d'elle, constitue une tâche devant laquelle se sont dérobés presque tous les auteurs des Traités d'accouchements que nous possédions jusqu'à ce jour.

Il fallait l'expérience des auteurs pour rendre possible cette création ; il fallait la rectitude de leur jugement pour ne pas tomber dans le domaine de la pathologie pure ; il fallait leur érudition pour être aussi complet qu'il est possible de l'être aujourd'hui.

M. Tarnier disait dans la préface du 1er volume « le deuxième volume contiendra tout ce qui a trait à la *pathologie* de la grossesse et à la *dystocie* ». M. Tarnier nous donne plus qu'il n'avait promis, puisque la pathologie de la grossesse, seule, fait l'objet de ce tome deuxième et qu'un troisième, où sera traité la dystocie devra nécessairement suivre.

Ce livre que nous analysons aujourd'hui contient vingt-quatre chapitres exposés dans l'ordre suivant : Traumatisme, opérations, tumeurs. — Maladies générales et fébriles. — Maladies générales non fébriles. — Troubles de l'appareil digestif. — Maladies de l'appareil respiratoire. — Maladies de l'appareil circulatoire. — Œdème, hydropisie des cavités séreuses. — Maladies de l'appareil urinaire. — Maladies du système nerveux.— Maladies de la peau.— Maladies des mamelles. — Maladies de la vulve et du vagin. — Malformations utérines dans leurs rapports avec la grossesse. — Maladies de l'utérus. — Maladies des ovaires, des ligaments larges et du péritoine. — Maladies de l'œuf humain. —

Traumatisme et maladies du fœtus. — Mort du fœtus. — Aperçu de Tératologie. — Avortement. — Accouchement prématuré spontané. — Grossesse extra-utérine. — Mort de la femme enceinte.

Dès la première page, les auteurs nous exposent quelle sera leur manière de faire. « Dans cette étude, disent-ils, nous tâcherons de n'omettre aucun fait important, sans tomber dans des détails inutiles ; nous chercherons au contraire à être concis, et pour atteindre ce but nous avons pensé qu'il convenait de mettre en tête de chaque article ou de chaque paragraphe, un index bibliographique qui permettra au lecteur de recourir, s'il le désire, aux travaux originaux. Cet index établi par ordre chronologique et pouvant en quelque sorte servir d'historique sera scrupuleusement exact et aussi succinct que possible, car nous n'y introduisons aucune indication de seconde main et nous en écartons les publications dont la lecture serait à notre avis sans grand profit ».

Après avoir lu attentivement ce livre, on peut affirmer que les auteurs ont tenu parole. Ils ont passé au crible de leur critique tout ce qui a été écrit et n'ont conservé que ce qu'il était bon de retenir. D'un autre côté, ils ont souvent imprimé leur cachet original, en nous faisant profiter de leur longue expérience.

Il nous est impossible de passer successivement en revue chaque chapitre.

L'énumération que nous venons de faire, montre assez le chemin que nous aurions à parcourir et qui ne pourrait s'accommoder avec les ressources dont nous disposons ici.

Mais si nous ne pouvons que signaler l'étude si complète et si magistralement exposée de la *syphilis*, de l'*albuminurie* pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, des *maladies de l'œuf humain*, de l'*avortement*, etc., nous nous arrêterons cependant à *l'aperçu de tératologie*.

MM. Tarnier et Budin ont fait pour la Tératologie, ce que

MM. Tarnier et Chantreuil avaient fait dans le 1er volume pour l'Embryologie.

« En écrivant ce chapitre, disent les auteurs, nous avons eu un double but : vulgariser très sommairement une science qui est par trop souvent délaissée, et attirer particulièrement l'attention sur quelques monstruosités, dont la connaissance est indispensable à ceux qui se livrent à la pratique des accouchements et qu'il est difficile de classer quand on n'a pas un traité de Tératologie sous la main. Assurément il sera facile de nous critiquer; nous espérons toutefois que la majorité des lecteurs nous tiendra compte du but que nous nous sommes proposé et de la peine que nous nous sommes donnée. »

Et, dans un chapitre qui comprend près de cent pages et quarante figures, ils ont décrit et représenté la plupart des monstruosités connues. Bien loin de chercher à critiquer, tout lecteur ne peut qu'exprimer des sentiments de gratitude en songeant combien, grâce à un labeur opiniâtre, la besogne est facilitée à ceux qui veulent étudier cette partie de la science encore si peu explorée.

On le voit, le deuxième volume ne le cède en rien au premier.

Cependant nous nous permettrons une critique d'ensemble, concernant la facture du livre.

M. Tarnier, dans la préface du premier volume disait : « la bibliographie tient aujourd'hui une large place dans les livres classiques et dans la plupart d'entre eux, les principaux chapitres sont précédés ou suivis d'un index bibliographique, très précieux pour les travailleurs. Un index de ce genre a cependant l'inconvénient d'être pour ainsi dire *impersonnel*...... Nous sommes donc revenus à l'ancien usage ».

Cet avis, exprimé par M. Tarnier, n'a pas prévalu dans la confection du second volume, où chaque chapitre est précédé d'un index bibliographique. Nous le regrettons profondément pour notre part, parce que les préoccupations

bibliographiques ont noyé bien souvent, trop souvent, la *personnalité* des auteurs. Dans un ouvrage comme celui-ci, où il n'est traité que de la Pathologie de la grossesse, leur vaste expérience devait être moins modeste.

Aussi formons-nous le souhait que le troisième volume qui traitera de la dystocie et des opérations, présente des lignes paternelles plus accusées.

A. PINARD.

VARIÉTÉS

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Contributo all' uso della cocaina in ginecologia, Dr A. BOMPIANI.

Dell' uso dell' ossigeno negli accessi di ecclampsia puerperale, Dr A. BOMPIANI.

Zur Statistik der Vaginalen totalexstirpation wegen Carcinom, A. MARTIN.

Mechanical treatment of retroversion of the Uterus, H. BYFORD.

Causation and treatment of pelvic Hematocele, BYFORD.

Contributo alla storia dei tumori cistici dell' utero, D. G. B. MARTA.

Ueber die Häufigkeit der malignen ovarialtumoren und ihre operative behandlung, prof. Leopold.

Kurzer Ueberblick über die Thätigkeit am Kgl. Entbindungs institut in Dresden von der Zeit seines Amtsantrittes an. den September 1883, bis zum 1. September 1886. prof. LÉOPOLD.

Sulla patogenesi dell'eclampsia puerperal, D. E. PINZANI.

Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par le Docteur Albert VIELLARD, Médecin-Inspecteur des enfants du premier âge. Un vol. grand in-18 de 390 pages. Prix : broché, 4 francs.

Hygiène des Maternités. Résultats de huit années d'observation à la Maternité de PELLEGRIN (Bordeaux), par le Docteur ORÉ, professeur à la Faculté de Médecine, etc., 1886, grand in-8° de 72 pages avec deux plans. Prix 2 fr. 50.

Fragments de chirurgie et de gynécologie opératoire contemporaines, Dr A. Brissay. O. Doin, éditeur.

Vient de paraître à la librairie médicale A. Maloine, 91, boulevard Saint-Germain, à Paris : *Bibliographie méthodique des livres de médecine*, chirurgie, pharmacie, art vétérinaire, 1860-1887, suivie de la table générale des noms d'auteurs. Cette bibliographie sera envoyée gratuitement aux abonnés à la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* et aux *Annales de Gynécologie* qui en feront la demande directement à la librairie Maloine.

Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151.

Du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi à neuf heures. Leçon.

Le jeudi à 10 heures. Consultation.

Ouvertes aux médecins, élèves et sages-femmes sur la présentation de leur carte.

La première leçon du deuxième semestre aura lieu le jeudi 28 avril 1887.

Compresseur du Dr Debacker (de Roubaix). — Dans un opuscule intitulé : *Des principaux accidents consécutifs à l'accouchement naturel et de leur traitement au moyen d'une compression fixe*, le Dr Debacker (de Roubaix) montre combien de jeunes femmes, après un ou plusieurs accouchements des plus faciles, restent déformées de la taille, lourdes du ventre ou sujettes à des déplacements utérins. L'idée lui vint dès lors de soutenir comme *par une main artificielle* le poids de la masse abdominale.

L'appareil de compression dont il se sert se distingue de toutes les ceintures construites jusqu'ici. Il est essentiellement composé d'une pelote fortement creusée, terminée inférieurement en bec d'aigle et de deux ressorts herniaires simulant deux bras qui s'appuient sur les hanches.

Il relève la masse intestinale et agit indirectement sur la matrice en la délivrant d'un grand poids.

Le gérant : A. Leblond.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. TILLAUX

ÉPITHÉLIOMA DE L'OMBILIC, DÉVELOPPÉ AUX DÉPENS D'UN DIVERTICULE INTESTINAL. — OMPHALECTOMIE. — GUÉRISON.

Leçon recueillie par M. **Barraud**, interne du service.

Messieurs,

Je veux vous parler d'une malade que vous avez examinée avant l'opération et que vous pouvez voir maintenant guérie et couchée au n° 22 de la salle Sainte-Marthe. Cette femme A... D... auprès de laquelle je vous ai retenus bien souvent, âgée de 40 ans, sans profession, est entrée le 8 février pour une tumeur de l'ombilic.

Nous n'avons constaté chez elle aucun antécédent héréditaire ; sa mère est morte de suites de couches ; son père a succombé à une affection cérébrale ; elle n'a ni frères ni sœurs.

Mariée à 26 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Dans son enfance elle n'a fait aucune maladie, n'a jamais présenté de troubles digestifs. Il y a sept mois, en sortant d'un bain, elle s'aperçut d'une petite croûte au niveau de l'ombilic qu'elle avait toujours eu bien conformé. Elle la souleva et vit au-dessous une petite tumeur de la grosseur d'une lentille, présentant une coloration rouge vineux, sans ulcération, sans écoulement d'aucun liquide. Peu inquiète, elle resta ainsi pendant deux mois : voyant qu'au lieu de disparaître, le mal augmentait progressivement, elle consulta un médecin qui fit une cautérisation au fer rouge et appliqua par-dessus de la poudre d'iodoforme. Rien ne survint pendant quelques jours et la malade se considérait comme guérie, lorsque la tumeur réapparut et prit dès lors un accroissement rapide. Depuis trois semaines elle s'est ulcérée, et, comme le moindre frottement provoque de petites hémorrhagies, cette femme est venu réclamer nos soins à l'hôpital.

Toute la cicatrice ombilicale était envahie par une tumeur présentant la largeur d'une pièce de dix centimes environ : elle était circulaire, bombée, faisant pour ainsi dire hernie au-dessus des bords de la cicatrice dont elle était séparée par un sillon profond. La coloration était rouge vineux et elle présentait au centre une ulcération en forme de godet offrant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Le fond de l'ulcération était granuleux et donnait écoulement à un liquide puriforme, peu abondant et sans odeur. Sa consistance était ferme, élastique, ne se laissant pas déprimer par le doigt ; elle était irréductible, indolente spontanément et au toucher. Sa base d'implantation sur l'ombilic occupait toute l'étendue de la cicatrice et elle n'offrait pas de pédicule rétréci ; le moindre traumatisme donnait lieu à un petit écoulement de sang en nappe.

Quand on saisissait la région péri-ombilicale on sentait qu'elle était indurée dans une étendue comparable à la paume de la main, et il semblait que la tumeur envoyât des prolongements vers la cavité abdominale. Il en résultait

une immobilité complète dans le sens vertical de toute la zone ombilicale; cette immobilité est du reste un fait normal, forcé; l'ombilic est en effet maintenu fixe par des liens rigides, la veine ombilicale en haut, les artères ombilicales et l'ouraque en bas, qui ne lui permettent pas de se mouvoir de haut en bas et vice versâ. Latéralement on pouvait déplacer la tumeur avec la masse qui la circonscrivait. On ne trouvait d'engorgement ganglionnaire ni dans l'aine ni dans l'aisselle.

L'état général de la malade était excellent; c'était, comme aujourd'hui, une femme robuste, grasse, ayant bon appétit et ne présentant aucune lésion organique.

En présence de quelle affection étions-nous? Les tumeurs de l'ombilic qui sont rares chez l'adulte sont encore peu connues; je renvoie ceux d'entre vous qui s'intéresseraient particulièrement à cette question à l'excellente thèse de M. le D[r] Villar, ancien interne des hôpitaux (1); ils y trouveront une étude approfondie des travaux faits tant en France qu'à l'étranger sur ces tumeurs en même temps que des vues originales sur la pathogénie de quelques-unes d'entre elles.

En faisant appel à nos connaissances de chirurgie générale nous pouvions penser à un papillome dont la surface se serait ulcérée; mais vous savez que le papillome ne se présente pas ainsi; il n'est pas lisse, régulier à sa périphérie; il est en général constitué par de petits lobules juxtaposés, séparés les uns des autres par des sillons, ce qui lui donne un aspect tomenteux qui l'a quelquefois fait comparer à un chou-fleur. Sa marche n'est pas la même; il augmente par addition de nouveaux lobules, beaucoup plus que par accroissement de ceux qui existent déjà. Je ne vous signale que pour mémoire le myxome dont je ne connais pas d'observation chez l'adulte, à moins qu'on ne fasse entrer dans cette catégorie de tumeurs, le cas communiqué

---

(1) VILLAR. *Tumeurs de l'ombilic*, Thèse de Paris, 1886.

par M. Péan à M. Villar qui l'a publié sous le titre d' « hypertrophie de la cicatrice ombilicale ».

Certes l'aspect extérieur de la tumeur, sa coloration rouge foncé, sa tendance aux hémorrhagies la faisaient beaucoup ressembler aux angiomes ; mais les quelques cas d'angiomes signalés à l'ombilic sont tous d'origine congénitale. Les granulomes qui n'acquièrent jamais un volume aussi considérable, se rencontrent dans la première enfance, chez les nouveau-nés et s'accompagnent dans leur évolution de phénomènes assez sérieux (écoulement abondant de sérosité et de pus qui tache le linge en jaune, quelquefois même petites hémorrhagies) pour que les parents s'en aperçoivent et qu'une intervention chirurgicale ait lieu.

Chez notre malade rien de semblable n'a été fait; elle a toujours eu un ombilic bien conformé et n'a subi aucune opération. L'adénome de l'ombilic est assez fréquent chez l'adulte; quand nous étudierons la pathogénie de la tumeur que nous avons eue sous les yeux, nous en verrons le motif. Il se présente sous la forme d'une tumeur lisse, unie, d'un aspect rouge uniforme, ressemblant, suivant la comparaison de M. Villar, à la muqueuse intestinale dans le prolapsus du rectum. Il a une consistance ferme, élastique, ne s'accompagne d'aucun trouble digestif. Jusque-là, vous le voyez, sa description clinique correspond exactement à celle de notre tumeur; mais en l'étudiant d'un peu plus près nous allons vite y voir des différences. Dans l'adénome en effet il existe en général un léger enfoncement au centre de la tumeur et il s'écoule de sa surface un liquide visqueux, filant; ici aucun de ces phénomènes. La grosseur n'a jamais donné de liquide, sauf depuis qu'elle est ulcérée; en outre voyez sa marche : apparue il y a sept mois, elle a été abrasée par le thermo-cautère deux mois plus tard ; au lieu de disparaître ou du moins de rester stationnaire pendant quelque temps comme on l'observe d'habitude dans les tumeurs bénignes, au nombre desquelles il faut ranger l'adénome, cette tumeur s'est reproduite; elle a grossi rapide-

ment puisqu'en cinq mois elle a acquis la largeur d'une pièce de dix centimes. C'est là un fait important qui nous permet presque d'affirmer que nous étions en présence d'une tumeur maligne quoiqu'il n'y eût pas d'engorgement ganglionnaire.

Dans ce nouvel ordre d'idées auquel nous étions amenés peu à peu par déduction, il nous fallait distinguer trois variétés de tumeurs : le sarcome, l'épithélioma et le carcinome proprement dit.

Le sarcome de l'ombilic est exceptionnel puisque M. Villar n'a pu en trouver qu'un cas unique vérifié par l'examen histologique. C'est le seul motif qui m'a fait repousser cette hypothèse car, je vous avoue que je ne trouvais pas chez notre malade de signes cliniques me permettant de différencier un sarcome et un épithélioma ; je vous ferai la même remarque pour ce qui concerne le carcinome primitif qui est au niveau de l'ombilic une rareté pathologique.

Je m'étais donc arrêté en procédant par élimination à l'idée d'un épithélioma. La suite est venu justifier mon diagnostic ainsi que le prouve cette note que j'ai reçue de M. le professeur Cornil et que voici :

« *La tumeur est constituée par un épithélioma cylindrique ; cet épithélioma est analogue à ceux qui se développent primitivement dans les glandes de l'intestin.* »

J'ai tenu à vous donner le résultat de l'examen histologique car il offre pour nous un intérêt capital ; il nous permet d'approfondir la pathogénie de cette tumeur, de la prendre à son début, de la suivre dans les différentes phases de son développement. Cette étude que je vais essayer de faire devant vous nécessite la connaissance de quelques données embryologiques que je désire vous rappeler brièvement.

Vous savez que l'intestin qui se forme aux dépens du feuillet interne du blastoderme est primitivement constitué par une simple gouttière dont les deux bords en se rapprochant de plus en plus se fusionnent peu à peu jusqu'à soudure complète. Il en résulte la formation d'un tube creux étendu du cardia à l'extrémité inférieure du rectum.

La même évolution préside au développement des parois abdominales qui forment également une gouttière largement ouverte en avant. Les bords de cette gouttière vont l'un vers l'autre et, en se réunissant, ferment en avant la paroi abdominale; la ligne blanche est la cicatrice d'union de ces deux lèvres. Mais cette fusion qui se fait vers le troisième mois n'est pas complète; au centre il persiste une ouverture désignée sous le nom d'orifice ombilical, qui donne passage au pédicule de l'allantoïde, c'est-à-dire aux éléments futurs du cordon ombilical.

Il en résulte que primitivement l'intestin n'est pas contenu dans la cavité de l'abdomen : il y rentre peu à peu à l'état normal et sa dernière étape d'évolution est au niveau de la cicatrice ombilicale où l'on rencontre quelquefois à la naissance une anse plus ou moins volumineuse d'intestin faisant partie du cordon.

Vous comprenez très bien que si une ligature intempestive est portée sur le cordon dans ces conditions, il en résultera un pincement partiel ou total de l'intestin à ce niveau et la formation d'une fistule ombilicale. Supposez maintenant qu'au lieu d'être la paroi même de l'anse intestinale ce soit simplement un diverticule qui ait été compris dans la ligature, vous n'observerez aucun accident immédiat attendu que la continuité du calibre de l'intestin sera conservée, mais il se fera, après la chute du cordon, une petite tumeur constituée par ce diverticule.

C'est précisément cette petite tumeur développée aux dépens d'un diverticule intestinal qui a été désignée sous le nom d'adénome de l'ombilic. Sa pathogénie a été démontrée par Colaczeck et par Küstner; MM. Chandelux et Lannelongue ont surtout étudié son anatomie pathologique; ils ont mis en lumière l'identité de structure de l'adénome et de la paroi intestinale; la seule différence consiste dans les rapports réciproques des tuniques : la tunique muqueuse occupe la périphérie tandis que la tunique musculaire est au centre.

Je n'insiste pas sur quelques modifications histologiques

dues à l'inflammation dans l'adénome et malgré lesquelles vous rencontrerez toujours des glandes en tube et des fibres musculaires lisses. Il me suffit de vous avoir montré pourquoi on peut rencontrer au niveau de l'ombilic les éléments caractéristiques de la paroi intestinale. Ces éléments forment par leur agglomération les adénomes que M. Lannelongue a encore désignés sous le nom de « tumeurs adénoïdes diverticulaires » pour rappeler leur origine. Mais ces adénomes eux-mêmes peuvent subir des transformations; ils sont, avons-nous dit, pourvus de glandes.

Vous voyez dès lors bien nettement la justification de la note de M. Cornil lorsqu'il nous écrit : C'est un épithélioma cylindrique analogue à ceux qui se développent dans les glandes de l'intestin. Non seulement il est analogue, pourrions-nous ajouter, mais il est identique puisque ce sont des glandes intestinales qui constituent la tumeur. L'enchaînement devient actuellement bien simple. Cette femme a été atteinte d'un adénome diverticulaire de l'intestin qui est resté pendant longtemps stationnaire et qui, un beau jour, sous l'influence d'une cause néconnue a été envahi par la dégénérescence épithéliomateuse.

Voilà, Messieurs, quel est à mon avis le mode de développement de cette tumeur qui offre le plus grand intérêt puisque je la crois unique dans la science, si du moins je m'en rapporte à la consciencieuse monographie de M. Villar qui n'en cite aucun exemple. Ne confondez pas en effet ce cas avec ceux que rapporte l'auteur et où il s'agit soit d'épithélioma de l'ombilic secondaire à une lésion intestinale, soit d'épithélioma primitif mais développé aux dépens de la peau de la cicatrice ombilicale et donnant naissance à un épithélioma pavimenteux.

Cette interprétation personnelle sur la pathogénie de notre tumeur est, je le sais, passible d'une objection assez sérieuse. Comment, me dira-t-on, vous admettez une dégénérescence épithéliomateuse d'une tumeur congénitale dont le porteur ne s'est jamais aperçu; cette femme a aujourd'hui 40 ans et

déclare que toute sa vie elle a eu l'ombilic bien conformé !

Reportez-vous, Messieurs, à la description classique de l'adénome ombilical : cette tumeur apparaît peu à peu et n'est observée que tardivement chez l'enfant, vers trois mois nous dit Küstner. Vous savez le peu de soins que mettent les parents dans la classe pauvre à la propreté de leurs enfants, leur attention est attirée seulement lors de la chute du cordon, car ils savent que quelques accidents sont à craindre à cette époque. Une fois que ce cordon est tombé et qu'ils n'y ont rien observé d'anormal, ils ne s'en préoccupent plus et l'enfant est livré à lui-même.

Songez en outre au peu de volume que présentent ces adénomes : ils ressemblent à un bouton de granulation (Fischer), à un petit pois (Küstner). Supposez cette tumeur au milieu de plis cicatriciels comme ceux de l'ombilic, dans un endroit qui n'est pas l'objet d'une toilette journalière et qui, par sa situation même, devient à une certaine époque de la vie d'un examen difficile et vous comprendrez très bien qu'elle ait pu passer inaperçue chez notre malade.

J'ajouterai que ces diverticules au lieu d'être sectionnés à leur point d'attache avec l'intestin et par conséquent d'être compris entièrement dans la cicatrice ombilicale, auquel cas ils font une saillie appréciable pour un œil exercé, peuvent être sectionnés plus ou moins près de leur extrémité libre; ce n'est plus alors le diverticule tout entier, mais une portion seulement aux dépens de laquelle se formera l'adénome ; dans ce cas la petite tumeur sera complètement enclavée dans l'ombilic et ne se traduira nullement à l'extérieur, une fois que la cicatrisation, devenue complète, se sera faite à sa surface et l'aura recouverte.

C'est là très vraisemblablement ce qui s'est produit chez notre malade ; elle a eu une portion de diverticule qui, au moment de la fermeture de l'ombilic, s'y est trouvée incluse et c'est dans cet organe normal pour l'économie mais étranger pour la région que s'est développé l'épithélioma. Il n'en est pas résulté une communication avec l'intestin parce que,

avant de s'en détacher, le diverticule était oblitéré, sans cela on aurait constaté une fistule ombilicale.

J'ai insisté avec complaisance sur la pathogénie parce qu'elle m'a paru extrêmement instructive pour vous ; mais je ne veux point en sacrifier la partie thérapeutique. On est en effet à bon droit très embarrassé sur la conduite à tenir en présence d'une semblable affection. Une opération palliative était-elle justifiée ?

Pouvait-on se contenter d'exciser une portion de la tumeur, de l'attaquer par les caustiques ou le fer rouge ? Tel n'est pas mon avis. En agissant de la sorte, notre diagnostic de tumeur maligne étant ferme, nous ne faisions que nuire à notre malade ; le mal aurait récidivé fatalement sur place, il se serait étendu vite aux parties voisines et aurait envahi la paroi abdominale.

D'un autre côté nous avions constaté que toute l'épaisseur de la cicatrice ombilicale était prise, que peut-être même le mal envoyait des prolongements profonds vers l'épiploon dont l'intégrité ne nous était pas démontrée. Cette crainte compliquait singulièrement le mode opératoire puisqu'elle nous obligeait à ouvrir la cavité abdominale. Je n'ai pas hésité cependant à tenter l'opération parce que la maladie était curable, parce que si l'on n'était pas intervenu cette femme était condamnée à plus ou moins brève échéance, parce que surtout nous disposons à l'heure actuelle de moyens suffisants pour obtenir la guérison de pareils traumatismes.

J'ai regretté de ne pouvoir pratiquer devant vous cette opération ; mais vous savez de quels soins (propreté, température, isolement, etc.) on doit entourer les malades auxquelles on ouvre la cavité abdominale. L'opération a donc été faite dans notre salle réservée aux ovariotomies ; elle a consisté à circonscrire l'ombilic au moyen de deux incisions curvilignes se rejoignant en haut et en bas par leurs extrémités, à enlever toute la portion de la paroi comprise entre ces deux lignes ; nous avons fait une véritable *omphalectomie*.

Bien nous en a pris, car en sectionnant ensuite la tumeur nous avons vu que non seulement elle avait envahi l'ombilic, mais encore qu'elle envoyait des racines tout autour d'elle dans la zone péri-ombilicale ; n'oubliez pas cette particularité car elle devra dicter votre conduite si vous vous trouvez jamais en présence d'un cas analogue; avec une opération timide qui ne comprendrait que l'étendue de la tumeur sans empiéter largement sur les tissus voisins vous vous exposeriez à une récidive certaine, sans compter que votre opération serait aussi grave que la nôtre.

Arrivés dans le ventre, nous avons vu que l'épiploon était sain, qu'il n'existait pas d'adhérences ; il nous a donc suffi de suturer les deux lèvres de la plaie au moyen de forts fils d'argent et de faire ensuite quelques sutures superficielles avec le crin de Florence pour obtenir un affrontement plus parfait. A ce point de vue une petite remarque : j'ai éprouvé une très grande difficulté à embrocher les deux lèvres de mon incision ; l'aiguille dont je me suis servi ne se prête pas à cette manœuvre; c'est celle que j'emploie journellement dans les ovariotomies, c'est-à-dire une aiguille tubulée droite. Très bonne lorsqu'on a une longue étendue d'incision, elle est défectueuse quand cette incision est petite, surtout si la paroi est très épaisse ; elle va transpercer la paroi opposée à celle par où elle est entrée beaucoup trop loin, quelle que soit la force avec laquelle on soulève la pointe. Si donc l'occasion se présente pour moi de refaire une opération semblable, je me propose de me servir d'une aiguille coudée sur l'un de ses bords, analogue par exemple à celle de Deschamps.

Les suites opératoires ont été favorables ainsi que vous avez pu vous en assurer par vous-mêmes, et, malgré un fil d'argent dont l'asepsie n'était pas parfaite et qui a provoqué un petit phlegmon circonscrit suivi d'abcès, la cicatrisation s'est bien effectuée et la malade va partir aussitôt qu'elle aura sa ceinture abdominale.

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Docteur **Rivière**, Chef de Clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection redoutable qui entre à elle seule pour près d'un tiers dans les causes de cécité et met à la charge de l'Europe près de 100,000 victimes. En dehors de ce chiffre déjà effrayant, elle amène des lésions de la cornée telles que la vue, sans être complètement détruite, se trouve notablement amoindrie. Fréquente dans les maternités où elle règne trop souvent à l'état endémique, elle atteint encore, en dehors de ces milieux, trop de nouveau-nés, d'enfants plus âgés ou d'adultes qui, livrés alors à l'empirisme le plus stupide, viennent grossir le nombre des aveugles.

Nous croyons inutile d'insister dans cette étude clinique, sur l'importance considérable de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés dans l'étiologie de la cécité.

Les statistiques publiées à cet égard sont d'ailleurs peu concordantes. Nous nous contentons de renvoyer les lecteurs curieux de consulter ces statistiques aux mémoires publiés sur ce sujet.

FUCHS. — *Causes et prévention de la cécité.* — Traduction par Fieuzal. — Paris, 1885.

CORRADI. — *Semaine médicale*, 23 septembre 1885.

FIEUZAL. — *Mémoire sur la prévention de la cécité.* — Genève, 1885.

POINCARRÉ. — Th. Paris, 1852.

(1) Mémoire couronné (médaille d'or de 500 francs) par la Société protectrice de l'Enfance de Paris, 1887.

HALTENHOFF. — *Revue de la Suisse romande.* — Déc. 1885.
STEFFAN. — *Congrès des Instituteurs d'aveugles.* — Frankfort. Juillet 1882.
MAC KEOWN. — *Opht. Soc. of Great. — Britain and Ireland.* — Mars 1884.
AYRES. — In Th. Durand. — Bordeaux, 1886.
GALEZOWSKI. — *Gaz. des hôp.* — 8 avril 1882.
GARRIGUE. — *Amer. Journal of Med. Sc.* — 1884.

Faire disparaître ou à peu près, cette cause de cécité, ne serait-ce pas un résultat considérable ? Or ce résultat peut être obtenu. L'étude mieux conduite de l'étiologie des maladies, les admirables découvertes de Pasteur ont produit dans le monde savant une véritable révolution. On a cherché partout les infiniment petits, causes essentielles de la plupart des maladies. Bien des exagérations ont été avancées, mais peut-il en être autrement lorsqu'il s'agit de bouleverser tout un système étiologique ? En revanche on a découvert le principe, inconnu jusque-là, de beaucoup d'affections graves. Le germe de l'ophthalmie des nouveau-nés est du nombre. Or, le vieux précepte, *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, n'a jamais été si vrai que dans l'espèce ; nous allons essayer de le prouver.

Dans un *premier chapitre*, nous nous efforcerons de montrer que l'ophthalmie purulente des nouveau nés, en dehors de causes prédisposantes susceptibles de favoriser l'éclosion des accidents, reconnaît pour cause essentielle l'introduction et la prolifération dans l'œil d'un germe spécifique, le gonococcus de Neisser.

Dans *un second chapitre*, nous passerons rapidement en revue la symptomatologie de l'ophthalmie, si bien décrite par Chassaignac.

Un *troisième chapitre* sera consacré à l'étude du traitement qui, basé sur l'étiologie spécifique de l'ophthalmie, permet d'arriver à des résultats curatifs remarquables.

Enfin, par *un quatrième et dernier chapitre*, nous chercherons à prouver, par les résultats déjà obtenus, qu'un

traitement préventif bien dirigé doit, presque complètement, sinon tout à fait, faire disparaître du cadre nosologique l'une des causes les plus importantes de la cécité.

Étiologie. — L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection qui, d'abord limitée aux conjonctives palpébrale et oculaire, atteint très rapidement, à défaut d'un traitement énergique et précoce, les parties constituantes de l'œil et si elle ne cause pas toujours la perte complète de la vision, laisse du moins de son passage des traces indélébiles.

Elle se produit surtout au moment de la naissance, ou dans les jours qui la suivent immédiatement, mais une fois déclarée, elle peut se transmettre par contagion directe, soit aux nouveau-nés, soit aux enfants plus âgés, soit aux adultes. C'est là un fait très important et il y a lieu d'en répandre la notion afin de détruire le préjugé qui fait considérer cette ophthalmie comme spéciale au nouveau-né, non transmissible, simple coup d'air, assure-t-on, alors que tous ceux mis en contact avec le petit malade doivent prendre les plus minutieuses précautions pour éviter la contamination. Car s'il existe une différence entre l'ophthalmie chez le nouveau-né et celle que contracte l'adulte, c'est dans l'intensité plus grande des symptômes, dans la gravité excessive du pronostic. Elle peut être chez ce dernier plus rapidement désastreuse et le traitement dont l'action curative est certaine chez le nouveau-né, reste trop souvent impuissant chez l'adulte.

Les causes banales, qu'on trouve invoquées pour ainsi dire dans l'étiologie de toutes les maladies, n'ont pas manqué d'être portées à l'actif de l'ophthalmie purulente. Mais il faut reconnaître qu'elles ont acquis depuis quelques années un intérêt tout nouveau.

Si en effet, la question de terrain a joué de tout temps dans l'étiologie des maladies un rôle manifeste, son importance a notablement grandi depuis les progrès récents de la micrographie appliquée à l'étude des causes des maladies. Aujourd'hui plus que jamais, on tend à considérer l'organisme

comme un terrain dans lequel peuvent être jetés à chaque instant, mais avec plus ou moins de bonheur, les germes les plus différents. Ce terrain est d'essence essentiellement variable et suivant l'état dans lequel il se trouve au moment où le germe y est déposé, la fécondation est plus ou moins rapide, plus ou moins parfaite ou au contraire elle ne se fait pas et la semence est perdue. De même que des blés de même qualité, semés dans des terres diversement préparées, donnent un rendement en rapport avec la richesse du sol, de même les germes des maladies trouvent dans chaque organisme, selon le temps et les circonstances, un terrain nuisible ou favorable à leur développement. Pourquoi, par exemple, plusieurs individus placés dans un même milieu peuplé de germes de contage ne sont-ils pas tous atteints par ces germes ? Question d'idiosyncrasie, disait-on autrefois ; question de terrain de culture, disons-nous aujourd'hui.

I. *Causes prédisposantes.* — Pour n'être pas nouvelle, l'étude des *causes prédisposantes* de l'ophthalmie des nouveau-nés nous paraît donc, si nous l'envisageons sous ce jour spécial, devoir appeler quelques instants notre attention.

1. Et d'abord les *conditions dans lesquelles se trouve le fœtus à la naissance* semblent des plus favorables au développement des inflammations oculaires ; Warlomont (1) fait remarquer avec juste raison que chez l'adulte, le froid restreint les fonctions de la peau et exagère par contre celles des muqueuses. Chacun sait, pour l'avoir éprouvé l'hiver, que la peau, sous l'influence du froid, se sèche, se plisse, semble se ratatiner pour au contraire se dilater, s'assouplir, dès qu'on pénètre dans un endroit doucement chauffé. En revanche, les muqueuses, surtout celles des yeux et du nez, plus particulièrement exposées aux variations brusques de température, se gonflent, se congestionnent ; les tissus

(1) WARLOMONT. Article du Dictionn. de Dechambre.

deviennent rouges, douloureux, il se fait une abondante sécrétion de sérosité.

L'enfant qui vient au monde n'éprouve-t-il pas des effets analogues? Il vient de quitter la cavité utérine où, privé de lumière, il vit plongé dans un liquide à température constante et assez élevée. A peine expulsé des parties maternelles et semblable à un homme qui remonte d'un puits de mine, il lui faut habituer ses yeux à l'éclat de la lumière, il ouvre et ferme les paupières tour à tour et à plusieurs reprises. Ne se produit-il pas là déjà un mouvement fluxionnaire? D'autre part, la température ambiante est plus basse que celle de l'utérus; en outre, elle est inégale, modifiée, à chaque instant par des courants d'air inévitables. Ses yeux subissent l'effet de cette réfrigération et de cette instabilité dans la température, qu'on ne fait rien du reste pour lui épargner. L'œil du nouveau-né, dit M. Durand (1). présente une injection naturelle et une grande tendance à l'inflammation. Nous ne pouvons partager cette manière de voir, persuadé plutôt que cette prédisposition n'est nullement antérieure à la naissance mais fatalement produite par les conditions hygiéniques que nous venons de passer en revue.

2. *L'état de faiblesse de l'enfant* au moment de la naissance a été invoqué comme une cause prédisposante importante. Nous avons fait quelques recherches dans les auteurs qui traitent de la question, mais les renseignements sur ce sujet font à peu près défaut. Cependant Allaman (2) a observé que sur 70 enfants atteints d'ophthalmie, 30 étaient dans un état de faiblesse plus ou moins prononcé.

Nous avons dressé le tableau suivant indiquant le poids de tous les enfants atteints à la Clinique de la Faculté de Bordeaux, d'ophthalmie purulente pendant les années 1884-85-86.

---

(1) DURAND. Thèse.

(2) ALLAMAN. Thèse. Paris, 1846.

	NUMÉROS du REGISTRE	DATE de la NAISSANCE	DIAGNOSTIC	POIDS	SEXE	OBSERVATIONS
1	285	1 Novembre 1884	O I D P	2900	F.	
2	287	3 — —	O I G A	3020	M.	
3	289	6 — —	—	3200	F.	
4	297	16 — —	—	3450	F.	
5	299	18 — —	—	3250	F.	
6	302	28 — —	—	3750	M.	
7	323	24 Décembre —	—	3000	F.	
8	24	20 Janvier 1885	—	2700	F.	
9	25	21 — —	O I D P	3000	F.	
10	35	29 — —	—	3020	F.	
11	36	1 Février —	—	3000	M.	
12	42	6 — —	O I G A	3500	M.	
13	257	17 Octobre —	—	2800	F.	
14	270	27 — —	O I D P	2800	M.	
15	272	29 — —	—		F.	Les poids de ces 2 enfants n'ont pu être retrouvés sur le registre.
16	273	30 — —	—		M.	
17	207	6 Août 1886	O I G A	1900	M.	
18	218	13 — —	—	2800	M.	
19	217	14 — —	O I D P	3400	F.	
20	219	16 — —	O I G A	2800	M.	
21	226	24 — —	—	2450	F.	
22	240	5 Septembre 1886	—	2300	F.	

Ainsi qu'en témoigne le tableau ci-dessus, nous avons observé dans le service de M. le professeur Moussous, du 1er novembre 1884 au 15 novembre 1886, 22 cas d'ophthalmie purulente. De ces 22 enfants, 2 ne peuvent entrer en ligne de compte, au point de vue qui nous occupe, n'ayant pu trouver de renseignements précis sur leur poids à la naissance. Des 20 autres, un seul, né à 7 mois à peine, pesait moins de 2000 grammes, 8, moins de 3000, 5, 3000 à peine, 6 seulement avaient un poids supérieur à 3200 grammes, le plus volumineux atteignant 3750 grammes.

Si, d'autre part, on établit la moyenne du poids total de ces enfants, on voit qu'elle atteint seulement le chiffre de

2950 grammes. Or, dit Tarnier (1), le poids moyen d'un enfant né à terme, dans des conditions normales, est de 3200 à 3500 grammes. Notre statistique établit donc que les enfants atteints d'ophthalmie sont généralement chétifs et, pour cette raison, peut-être plus exposés à recevoir les germes spécifiques et à favoriser leur développement.

Si même, l'on veut bien considérer le poids des nouveau-nés qui constituent ce que nous nous permettrons d'appeler les têtes de séries, c'est-à-dire les enfants les premiers atteints dans le service à chaque épidémie, ceux qui devenaient par suite le point de départ de ces épidémies, nous voyons que ce sont toujours des enfants relativement faibles, 2900, 2700, 1900, 2800 grammes.

La faiblesse congénitale est donc une cause prédisposante sérieuse et quoique notre statistique ne s'appuie que sur un nombre assez restreint de faits, nous considérons encore ces chiffres comme suffisamment démonstratifs.

3. *Conditions de milieu.* — Les causes susceptibles d'affaiblir un enfant d'ailleurs bien constitué ont aussi leur valeur.

A cet égard, *les conditions de milieu* doivent être prises en considération, non seulement au point de vue du nouveau-né lui-même, mais aussi et surtout au point de vue de ceux qui l'entourent. Ils sont nombreux ces logements bas et humides, d'une aération rendue insuffisante soit par l'aménagement des ouvertures, soit par l'agglomération des personnes, soit par les deux causes réunies. Et il n'est pas rare d'y trouver quatre, cinq enfants, souvent plus, blottis dans un même lit, sans linge, abrités tant bien que mal contre les rigueurs du froid par de sordides haillons ou des peaux de mouton. Qu'au milieu d'eux arrive un nouveau-né, quelque vigoureux qu'il soit, on est en droit de se demander quelle place il aura pour vivre, quel air pour respirer, quelle alimentation pour se développer ? Soumis à l'influence de ce milieu défectueux, il s'affaiblit rapidement et bientôt devient un terrain éminem-

(1) TARNIER et CHANTREUIL. *Traité d'accouchements.*

ment favorable au développement de l'ophthalmie. Et celle-ci une fois déclarée trouve autour d'elle des victimes toutes désignées.

Ces mêmes considérations s'appliquent encore mieux aux encombrements hospitaliers ; elles nous expliquent comment, dans les anciennes Maternités, où les règles de l'hygiène même la plus élémentaire étaient si souvent méconnues, peu d'enfants échappaient à l'ophthalmie, véritable tribut que devait presque fatalement payer tout nouveau-né à son arrivée dans le monde.

Au contraire, dans la classe aisée, le mal peut être, quelle qu'en soit la gravité, limité au seul nouveau-né parce qu'il se trouve là dans un milieu spacieux, aéré et propre où il est possible de l'isoler.

Ainsi sur 25 cas observés en trois ans par Wengler de Dresde, 3 avaient évolué dans la classe aisée ; 10 dans la classe moyenne ; 12 dans la classe pauvre.

Vidal rapporte qu'en 1832, sur 300 enfants de l'Hospice des Orphelins du choléra, 199, c'est-à-dire les deux tiers, furent atteints d'ophthalmie. Or cet hôpital avait été fondé exclusivement pour les enfants pauvres, nés de parents morts du choléra, enfants nés dans des conditions de milieu déplorables et placés sans doute aussi à l'Hospice dans des conditions analogues. De même à l'asile des victimes du choléra de M. de Belleyme (1832) où sur 250 enfants tous sauf un furent atteints d'ophthalmie ; plusieurs y perdirent un œil ou devinrent absolument aveugles (1).

Enfin sur 122 cas rapportés par Cunier, 98 venaient de Bruxelles même, 24 des communes environnantes, c'est-à-dire de la campagne où les conditions hygiéniques sont toujours meilleures.

Ces faits expliquent pourquoi l'on remarque plus d'infirmes et particulièrement plus d'aveugles dans la classe

---

(1) PIORRY. Cliniques de la Pitié, 1833 et *Traité de pathologie iatrique*, t. VIII, p. 17.

indigente que dans les sphères privilégiées de la Société. D'autre part, il faut le reconnaître, l'antisepsie qui, depuis quelques années, a pénétré dans les Maternités et les hôpitaux n'a pas seule contribué à l'amélioration sanitaire que l'on constate généralement dans ces établissements. C'est beaucoup aussi la suppression de l'entassement, la disposition plus spacieuse des locaux qui en sont cause. Nous avons dit précédemment le nombre considérable d'ophthalmies qui atteignait les enfants de l'ancienne Maternité de notre ville, placée dans des conditions hygiéniques déplorables. L'ophthalmie régnait réellement à l'état endémique. Depuis qu'elle occupe un local mieux situé et mieux aménagé, la proportion a notablement baissé, puisque après l'avoir vu atteindre jusqu'à 25 et 30 pour 100, elle était déjà descendue, avant l'introduction de la méthode de Crédé, à une moyenne de 10 à 12 pour 100.

4. *Influence des saisons.* — Parmi les causes déprimantes favorables à l'ophthalmie, il convient de ranger les saisons. Les auteurs sont bien d'accord pour considérer les saisons froides comme prédisposant à l'ophthalmie, mais aucun ne nous paraît avoir fourni de statistique sérieuse.

Cependant Dequevauviller (1) a observé un nombre plus considérable d'ophthalmies dans les saisons froides comme le montre le tableau ci-dessous.

Saisons	Nombre d'ophthalmies	Saisons	Nombre d'ophthalmies
Hiver.....	347	Automne..	306
Printemps.	345	Eté.......	282
	692		588

L'effet que produit le froid sur la muqueuse oculaire de l'adulte doit avoir son action sur celle du nouveau-né et avec une plus grande puissance encore. Aussi semble-t-il rationnel d'admettre qu'il puisse favoriser l'éclosion de l'ophthal-

(1) DEQUEVAUVILLER. In Thèse Connen. Paris, 1884.

mie. Il nous est, pour notre part, difficile de tirer de notre statistique quelque renseignement important. Toutefois sur les 22 cas d'ophthalmie soumis à notre observation, 6 seulement éclatèrent durant le mois de juillet ; des 16 autres, la première série avec 12 cas va du 1er novembre 1884 au 6 février 1885 ; la seconde série avec 4 cas se produisit dans le mois d'octobre 1885. Mais il est juste de faire remarquer que la première série comprend une période pendant laquelle n'était pas employée la méthode préventive de Crédé, pas plus qu'elle ne l'était au mois de juillet 1886. Un fait plus probant est celui du mois d'octobre 1885. Le 17, une femme accouche dans la rue, pendant la nuit, et n'est apportée à la Clinique que plus d'une heure après. L'enfant plié dans des langes improvisés fut soumis, durant ce temps, à toutes les intempéries de la saison ; il fut atteint d'ophthalmie qui devint le point de départ d'une petite épidémie rapidement combattue du reste par un traitement énergique.

5. *Climat.* — La question de climat devrait, semble-t-il, jouer un rôle également important. Nous n'avons pas à ce sujet de données suffisamment établies pour en juger. Les statistiques qui ont trait à la proportion des aveugles par ophthalmie par rapport aux aveugles d'autre origine dans les pays du Nord, constatent par exemple qu'à Copenhague, la proportion est de 8,17 pour 100, à Kœnigsberg de 28,26 pour 100, à Munich de 43,75 pour 100. Le climat ne paraît donc pas avoir une grande influence. Mais il faut se souvenir qu'à moins d'accident, le nouveau-né n'est pas exposé dès sa naissance au plein air et que les maisons des pays froids étant aménagées d'une façon toujours en rapport avec le climat, la température des appartements n'y est pas plus basse que dans les zones tempérées. Il n'en demeure pas moins vrai que l'humidité et le froid ont une action fluxionnaire et inflammatoire sur les muqueuses et que les enfants qui y sont exposés sont plus disposés que d'autres à l'ophthalmie. Peut-être la hausse légère de la moyenne des aveugles dans les pays précités est-elle due à ce que certaines

habitations de pauvres gens ne sont pas suffisamment préservées de l'atmosphère extérieure.

On a invoqué encore d'autres causes de moindre importance, les courants d'air, l'exposition à un feu très vif, les ablutions du baptême et surtout la sortie prématurée que nécessite cette cérémonie. Ces causes rentrent évidemment dans le cadre de celles dont nous avons déjà parlé, excitation des muqueuses, et n'ont pas pour cela une importance plus grande.

6. *Soins de toilette.* — Lorsque l'enfant est né, recouvert d'un enduit sébacé plus ou moins épais et adhérent, il est d'usage de le plonger dans un bain additionné de substances variées, eau-de-vie, eau de Cologne, vinaigre, savon, etc., de lotionner avec soin toute la surface du corps, soit avec la main, soit avec une éponge, et de nettoyer en même temps la tête et la face du nouveau-né avec la même eau. Cette eau, ainsi chargée de substances irritantes par elles-mêmes, serait encore, d'après les auteurs, susceptible de produire l'ophthalmie. Nous croyons qu'il y a là une erreur d'interprétation et que ces lotions, nous le verrons plus loin, ont une importance morbifique bien autrement grande que celle qu'y ont attachée les auteurs.

Enfin, une cause plus réelle et plus efficace, c'est la longueur du travail. Tous les obstacles capables d'empêcher la tête de progresser rapidement, rétrécissements du bassin, inertie utérine, résistance du périnée, pour ne parler que des principaux, contribuent puissamment au développement de l'affection. Crédé donne à cette cause en particulier une grande valeur.

Pour notre part, des 24 cas qui nous appartiennent, quatre seulement avaient nécessité une application de forceps, deux pour inertie utérine, les deux autres pour résistance du périnée. Dans les 20 autres cas, l'expulsion avait été spontanée et la durée du travail, très variable, n'avait présenté que deux fois une longueur exagérée, 26 heures dans le premier cas, 30 heures dans le second.

On est en droit de se demander quelle influence peut avoir sur le développement de l'affection qui nous occupe le plus ou moins de lenteur que met l'accouchement à se terminer. L'explication de ce fait se trouve dans l'étude des véritables causes de l'ophthalmie purulente.

En effet toutes les causes, fussent-elles réunies, que nous venons de passer en revue, sont insuffisantes à elles seules pour produire l'ophthalmie. Peut-être pourront-elles, dans quelques circonstances, provoquer une conjonctivite catarrhale plus ou moins intense, mais nous ne croyons pas qu'elles puissent faire davantage. Il faut qu'intervienne une cause plus puissante à elle seule que toutes celles précédemment décrites et cette cause, véritablement déterminante, nous la trouverons dans les organes génitaux de la femme.

II. *Causes déterminantes.* — La femme peut être atteinte de deux affections vaginales, la blennorrhagie et la leucorrhée qui, toutes deux de nature inflammatoire, s'accompagnent l'une et l'autre d'un écoulement plus ou moins abondant, considéré depuis déjà longtemps, comme la cause déterminante de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Déjà, en 1750, Quellmatz émettait l'idée de la connexion étroite qui existe entre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et la leucorrhée, mais il supposait que le virus vaginal agissait sur les yeux du fœtus par l'intermédiaire du sang de la mère. Cette idée passa inaperçue et l'on s'en tint, jusqu'à la fin du siècle dernier, aux causes banales que nous avons énumérées plus haut. Le coup de froid jouait dans cette étiologie le premier rôle. A ce moment, quelques auteurs, entre autres Colombier, Siebold et surtout Gibson avancèrent que lors du passage du fœtus à travers le vagin, quelques gouttes de pus pouvaient se loger sous les conjonctives et déterminer par leur présence une réaction violente. Cependant, des hommes éminents, Velpeau et Vidal entre autres, se refusèrent à accepter la possibilité de ce mode de contage, les yeux de l'enfant étant, disaient-ils, protégés pendant la

durée du travail par les paupières fermées. Caron du Villars ajoutait même que le vagin, balayé par les eaux de l'amnios au moment de la rupture des membranes, ne pouvait plus contenir les produits séjournant d'habitude dans le vagin. Marjolin repoussait, lui aussi, cette cause d'ophthalmie, vu le nombre considérable de femmes atteintes de leucorrhée et le nombre relativement restreint d'enfants affectés d'ophthalmie. On voit à Lourcine, dit-il, des femmes atteintes de blennorrhagie et dont les enfants n'ont pas d'ophthalmie.

En revanche, Dupuytren, Ricord, Chassaignac, Laugier et autres, acceptaient nettement cette genèse. Les camps se trouvaient donc partagés, lorsqu'en 1879, M. Neisser, assistant de Crédé à Leipzig, découvrit un organisme inférieur qu'il retrouva à la fois dans le vagin de toutes les femmes atteintes de blennorrhagie et dans les yeux de tous les enfants affectés d'ophthalmie purulente. Cet organisme reçut le nom de Gonococcus de Neisser, dénomination bien due à celui qui le premier semblait, à l'aide de preuves matérielles, établir un lien étroit entre les deux affections.

Cependant, en 1869, un auteur allemand du nom de Hallier (1) signalait dans le pus de la blennorrhagie un parasite dont la description se rapproche beaucoup de celle donnée plus tard par M. Neisser. Les figures surtout qui accompagnent le mémoire paraissent très concluantes à cet égard : « le pus de la blennorrhagie, dit-il, contient une grande quantité de coccus, en partie libres, en partie contenues dans « l'intérieur des globules dans lesquels ils forment des vacuoles et dont ils produisent la destruction. Des corpuscules exactement semblables se trouvent dans le sang « des personnes atteintes de rhumatisme blennorrhagique ; « on les y rencontre dans les globules rouges ».

1. *Description du gonococcus.* — Quoi qu'il en soit du reste de cette question de priorité, en 1879, M. Neisser trouve et décrit à son tour, dans la sécrétion de la gonorrhée, un mi-

1) HALLIER. Zeitschrift für Parasitenkunde. Iena, 1869. Band. I, p. 179.

crobe spécial qu'il appelle gonococcus. Ce microbe (1) apparaît d'après lui sous une forme à peu près sphérique, très légèrement ovoïde peut-être avec des contours très nets. Chaque gonococcus est entouré d'une zone claire qui est probablement une enveloppe muqueuse.

Les observations de Neisser furent bientôt confirmées par un grand nombre d'observateurs tels que Watson-Cheynes, Bokaï, Haab, Aufrecht, Leistikoff, Krause, Marchiafava, Petrone, Gamberini, Arning, Campana, etc. (2).

De même que Hallier, Petrone retrouve le gonococcus dans l'exsudat de l'arthrite blennorrhagique et dans le sang des malades atteints de cette affection.

M. Weiss (3) sous l'inspiration du professeur Spillmann, arrive aux mêmes résultats. D'après lui, ces micrococcus sont rarement isolés. Plus souvent on les trouve accolés ensemble, deux à deux, trois à trois, quatre à quatre. Dans le premier cas, c'est-à-dire unis deux à deux, ils ont la forme d'un petit boudin rétréci dans son milieu, d'un biscuit, d'un 8. Trois à trois, quatre à quatre, ce sont trois moitiés de 8 placées l'une à côté de l'autre ou deux 8 superposés ou juxtaposés. On n'observe presque jamais de chapelets, de chaînettes, formés de plus de cinq articles. En revanche, on trouve très souvent des amas considérables de micrococcus, de véritables hymeniums.

MM. Bockart et Wolf ont fait, eux aussi, à la Clinique de Rinecker de Wursbourg (4) des recherches intéressantes : « Nous avons constaté, disent-ils (Progrès médical. P. Bricon), que les gonococcus ne forment jamais de chaînes, mais sont toujours groupés en amas constitués par un plus ou

(1) NEISSER. Ueber eine der Gonorrhœ, etc. Centralbl. f. d. med. Wissenchaften, n° 28, 12 juillet 1879 et Die micrococcus der Gonorrhœ. Deuts. med. Wochenschrift, 1882.

(2) P. BRICON. Progrès médical, 1884.

(3) WEISS. Thèse. Nancy, 1880.

(4) BOCKART et WOLF. Beitrag für Ætiologie und Path. d. Harnröhrentrippers. Vierteljahreschrift für Dermat. und Syphil. 1883.

moins grand nombre d'individus isolés, donnant l'impression d'une forme circulaire, comme s'ils avaient pris naissance dans une cellule. Les coccus sont au centre de l'amas, rarement isolés, mais sont accouplés deux à deux (forme de biscuit, diplococcus) : parfois l'on distingue quatre coccus rangés dans un ordre rhomboïdal. Le pus de la blennorrhagie contient aussi presque toujours de petits groupes de gonococcus réunis par 2, 4, 6 ou 8, dont le groupement réciproque correspond au schéma figuré par M. Neisser. Cette disposition est due à ce que la multiplication des gonococcus se fait dans le diamètre vertical et horizontal (d'où l'absence de la forme en chaînettes) ».

2. *Rapports des gonococcus avec les éléments constitutifs de la sécrétion vaginale.* — Les gonococcus, M. Neisser a pu s'en assurer, se rassemblent le plus souvent à la surface des cellules de pus, rarement à la surface des cellules épithéliales, et parfois dans l'intérieur des globules purulents. Selon M. Leistikoff, les gonococcus ne se contenteraient pas d'être accolés aux globules de pus, mais se développeraient dans les cellules mêmes qu'ils feraient éclater lorsqu'ils y sont réunis en grand nombre. C'est, du reste là, une opinion qu'Hallier avait déjà émise.

Cependant, d'après Bockart et Wolf les amas de gonococcus siègent le plus souvent sur les cellules de pus ou sur leurs noyaux jamais dans leur intérieur, comme l'ont avancé Leistikoff, Haab et autres ; ils ne les ont pas retrouvés non plus sur les épithéliums, où Neisser les avait signalés.

M. Hubscher (1), chef de clinique de M. Landolt a étudié lui aussi avec le plus grand soin la disposition qu'affectent les gonococcus dans la préparation : « les éléments figurés, dit-il, consistent en un grand nombre de cellules épithéliales dont les noyaux présentent une coloration foncée, en une masse considérable de leucocytes aux noyaux également colorés et en quelques globules rouges. Ce qui attire l'atten-

(1) Hubscher. Archives d'ophthalmologie, 1885, p. 208.

tion, c'est l'accumulation des gonococcus dans le corps ou le noyau des cellules. Celles-ci en sont farcies et l'on trouve souvent des familles de vingt ou trente membres dans une seule cellule, tandis que dans les intervalles qui les séparent sur le champ du microscope, on n'aperçoit que rarement quelques individus isolés.

Dans des recherches récentes, M. Bumm (1) confirme les observations de Neisser et de Hubscher; le plus souvent, dit-il, les gonococcus se logent dans les leucocytes et Neisser a eu raison de caractériser d'emblée cet habitat comme absolument typique, ainsi que la tendance de ces microbes à s'agglomérer en amas ; ils sont doués de la faculté de pénétrer dans le protoplasma vivant des cellules et viennent se cantonner autour de leurs noyaux.

En somme à l'état frais, dit M. Bricon, et sans être colorés, les gonococcus sont mobiles ; leur forme est sphérique, à contours nets ; toutefois Neisser et Bockart ont signalé une enveloppe hyaline. Ils sont toujours très réguliers, d'égale grosseur, isolés ou formant des amas, soit en dehors, soit à la surface ou dans l'intérieur des globules de pus ; leur groupement en dehors des globules rappelle même fréquemment la forme d'une cellule ; selon quelques auteurs les cellules épithéliales seraient envahies dans une proportion plus forte que les leucocytes. Ils ne forment jamais de chaînettes, ce qui tient à leur développement dans le sens transversal et longitudinal, mais on les rencontre souvent sous forme de diplococcus.

L'existence du gonococcus de Neisser nous paraît aujourd'hui suffisamment démontrée ; les recherches microscopiques dans les sécrétions vaginales, les procédés de coloration qui lui ont été appliqués, les cultures qu'on en a faites permettent de lui assigner une place à part parmi les micrococcus.

---

(1) BUMM. In Atlas de microscopie clinique de Alex. PAYER, trad. par De la MARPE, de Lausanne, 1887.

Mais M. Neisser ne s'est pas contenté de rechercher dans les pertes vaginales de la femme grosse un germe spécifique de cette affection, il a soumis aux mêmes épreuves le pus provenant d'ophthalmies de nouveau-nés. Ses expériences furent concluantes et lui montrèrent que ce pus, aussi bien que celui provenant de femmes gonorrhéiques, contenait le gonococcus avec tous les caractères morphologiques qui déjà lui avaient été assignés. Il en conclut tout naturellement qu'il existe dans le pus de certains écoulements vaginaux de la femme et dans celui qui distend les paupières du nouveau-né attent d'ophthalmie purulente, un germe identique dans ses caractères et dans son développement et que ce germe, puisé par le fœtus dans le vagin maternel, est la cause immédiate et spécifique de cette ophthalmie.

Si donc Hallier a pu le premier appeler l'attention sur le micrococcus décrit plus tard par Neisser, à celui-ci revient sans conteste l'honneur de l'avoir retrouvé dans l'œil du nouveau-né et d'avoir établi par ce fait un lien étroit de cause à effet entre les deux affections; découverte, on ne saurait trop le dire, de la plus haute importance, car elle est devenue l'origine d'un traitement préventif qui a déjà fourni de merveilleux résultats.

Mais ce germe est-il réellement virulent et susceptible de produire l'ophthalmie dont Neisser l'accuse d'être la cause? La preuve nous en est fournie par deux ordres de faits, les uns négatifs, les autres positifs.

Preuves négatives. — M. Zweifel (1) n'a pas craint, à l'aide d'une baguette de verre, de déposer dans le cul-de-sac conjonctival d'enfants nouveau-nés quelques gouttes de la sécrétion lochiale de femmes récemment accouchées, après s'être assuré d'une part que le microscope ne révélait dans les lochies aucun gonococcus, d'autre part qu'il ne pouvait y avoir eu chez ces enfants d'infection préalable.

Cette expérience audacieuse fut répétée chez six enfants,

(1) Zweifel. Archiv. für Gynæk. Band XXII.

en se servant de lochies prises à différents jours de suites de couches, du troisième au treizième; lochies sanguinolentes, séro-sanguinolentes et séro-purulentes. Les résultats furent complètement négatifs. Deux des femmes dont les lochies furent employées aux instillations oculaires avaient eu, durant leur grossesse, de la leucorrhée.

M. Kröner (1) a pratiqué cinq inoculations sur la conjonctive normale de sujets adultes aveugles avec la sécrétion muco-purulente d'une femme enceinte. Cette sécrétion contenait de nombreux bâtonnets et quelques diplococcus, mais pas de gonococcus. Il n'y eut pas la moindre réaction. L'enfant de cette femme, né quelques jours après, resta indemne, bien qu'on n'ait fait chez lui aucun traitement prophylactique.

La même expérience fut répétée sur un autre adulte aveugle, avec la sécrétion purulente d'une femme dont l'enfant était atteint d'une conjonctivite oculaire sans gonococcus. Le mucus vaginal, examiné avec le plus grand soin, ne contenait pas non plus de gonococcus. Le résultat fut aussi négatif que dans l'expérience précédente.

Des lochies sanguinolentes, séro-sanguinolentes ou séro-purulentes, des mucosités purulentes de femmes enceintes ont donc pu impunément être introduites dans le cul-de-sac conjonctival de nouveau-nés, d'adultes sans déterminer d'ophthalmie purulente. Or nous l'avons vu, le gonococcus de Neisser n'existait pas dans le liquide d'inoculation. Ces preuves négatives ne manquent donc pas d'une certaine valeur.

(A suivre.)

(1) KRÖNER. Archiv für Gynæk. Band XXV, Heft 1.

DU FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE ET DES RÉSULTATS OBTENUS

DEPUIS 1882 JUSQU'EN 1887

Par M. le Dr **Pinard**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur de Lariboisière.

La Maternité de Lariboisière fonctionne à l'état de service distinct depuis le 1er novembre 1882. Elle comprend un service interne et un service externe, dont nous allons rappeler, aussi brièvement que possible, les dispositions générales.

Service interne. — Je rappelle que l'hôpital Lariboisière, construit de 1846 à 1853, et ouvert le 21 août 1854, se compose de dix corps de bâtiment disposés parallèlement et symétriquement de chaque côté d'une cour rectangulaire de 110 mètres de long et de 45 mètres de large. Ces bâtiments, complètement isolés à partir du plancher du premier étage, sont reliés, au rez-de-chaussée, par une galerie couverte et vitrée entourant la cour centrale. Les pavillons d'angle sont réservés au logement du personnel, à la pharmacie, à la lingerie, aux religieuses et aux services accessoires. Les six pavillons intermédiaires sont exclusivement affectés aux malades, ceux du côté gauche aux femmes, ceux du côté droit aux hommes. Il sont divisés en trois étages, rez-de-chaussée, premier et deuxième, formant chacun une salle avec ses dépendances.

Or le service d'accouchements interne est situé au deuxième étage du premier pavillon de gauche affecté aux malades. Le premier étage et le rez-de-chaussée sont occupés par des services de médecine. Le même escalier dessert ces différents services, et les portes des salles des malades s'ouvrent directement sur cet escalier.

Au mois de novembre 1882, le service d'accouchements de Lariboisière se composait d'une grande salle, dite salle Sainte-Anne, et d'une petite salle, dite salle de misère, ou salle de travail, et située à l'extrémité de la grande. Ces deux salles et leur aménagement sont décrits ainsi par MM. de Beurmann (1) et Siredey (2).

La salle Sainte-Anne, située au deuxième étage du premier pavillon de gauche, est orientée de l'est à l'ouest et mesure 38^{m},60 de longueur, 9 mètres de largeur, et 5^{m},20 de hauteur. Elle offre un cubage de 1,806 mètres. Le nombre des lits et des berceaux est de 28, ce qui fait, pour chaque femme et son enfant un cube d'air moyen de 64^{m},50.

Les fenêtres, au nombre de huit sur chaque face, mesurent 4 mètres d'élévation et 1^{m},50 de large. Les planchers sont en chêne ciré, les murs et les plafonds sont recouverts d'une couche de stuc.

L'espace laissé libre par l'escalier, du côté de l'entrée, est divisé en deux étages. En bas, donnant directement sur le palier, on a installé un cabinet pour la personne chargée de la surveillance, un office et une baignoire.

La partie supérieure est occupée par un vestiaire, où sont placés les vêtements des femmes accouchées dans la salle.

Dans la grande salle, à l'extrémité opposée à l'entrée, des cloisons de 3 mètres de hauteur limitent, à droite et à gauche, deux espaces carrés consacrés, l'un aux soins de propreté et à l'habillage des nouveau-nés, l'autre au coucher de l'infirmière chargée de ce soin. Séparée de la grande salle par une simple cloison, se trouve la salle de travail, qui contient deux lits pour les femmes en travail.

Les lits sont rangés en deux files, le long des murs latéraux, dans les intervalles des fenêtres ; leur écartement moyen est de 1^{m},45. Ces lits sont en fer, à planchettes et à rideaux. Ils sont garnis d'un sommier élastique tout en fer,

(1) DE BEURMANN. *Thèse inaugurale*, 1879.
(2) SIREDEY. *Les maladies puerpérales*, 1884.

d'un matelas, d'un traversin et d'un oreiller. Les tables de nuit sont en bois. Les berceaux, entourés de rideaux de cotonnade blanche comme les lits, sont en fer. Chaque fenêtre est pourvue de rideaux.

Je n'insiste pas sur le mode de chauffage et de ventilation, qui a été décrit par mon collègue et ami, le Dr de Beurmann, et qui n'a pas, que je sache, été modifié depuis.

Telle était l'installation du service en 1882. Dans le courant de l'année 1883, les modifications suivantes eurent lieu :

La salle Sainte-Anne fut isolée de l'escalier, et une petite pièce, dite salle de désinfection, fut installée sur le palier de l'escalier. Dans cette espèce d'antichambre furent placés des réservoirs contenant des liquides antiseptiques et des lavabos, ainsi qu'un pulvérisateur fonctionnant une grande partie de la journée.

Toutes les personnes, médecins, élèves, infirmiers, qui veulent pénétrer dans le service, sont obligés de traverser cette pièce et sont engagées à se laver les mains.

La salle de change et la chambre d'infirmière furent agrandies. La salle de change fut pourvue d'une baignoire fixe où arrivent l'eau chaude et l'eau froide, de manière à préparer en quelques minutes le bain quotidien de chaque enfant. Un chauffe-linge a été également installé et permet d'avoir, jour et nuit, du linge chaud pour les enfants et les mères, car cette salle communique, à l'aide d'une porte, avec la salle de travail.

La chambre de l'infirmière, agrandie, est devenue la chambre des nourrices. Deux nourrices couchent là avec leurs enfants.

La salle de travail a été également modifiée, et trois lits y sont installés, de sorte que la grande salle, qui contient toujours 28 lits, a été légèrement réduite : sa longueur est de 33m,80 seulement. Le cubage n'est plus que de 1,744 mètres, ce qui fait 62 mètres environ par lit.

Le mobilier de la salle a été transformé. Les anciens lits

furent remplacés par des lits semblables à ceux qui sont dans le pavillon Tarnier, et que je n'ai pas à décrire ici. Les berceaux également. Les tables de nuit en bois ont été remplacées par des tables de nuit en fer, ainsi que les chaises.

Les rideaux des fenêtres furent supprimés et remplacés par des stores placés en dehors.

En 1884, furent supprimés les balais et les plumeaux de la salle. Depuis cette époque, on se contente de laver le parquet au moins une fois tous les jours, et les murs au moins une fois tous les trois mois environ. Le lavage du parquet se fait avec de la liqueur de Labarraque ou de la solution de bi-iodure de mercure; le lavage des murs, exclusivement avec la solution de bi-iodure.

La salle de travail est lavée au moins deux fois par jour.

Enfin, le 15 février 1885, était adjoint au service un service d'isolement. Ce service est installé au premier étage du premier pavillon de gauche, au-dessus de la cuisine, et où se trouve le logement d'une partie du personnel de l'hôpital.

Il y a quatre chambres : deux moyennes, pourvues chacune d'une fenêtre, et deux grandes, éclairées chacune par deux fenêtres. Il n'y a qu'un lit par chambre. Le mobilier est celui du pavillon Tarnier. Il y a une cheminée dans chaque chambre.

Une cuisine, un office sont adjoints à ce petit service, qui se complète par un personnel spécial exclusivement attaché à ce service.

Enfin j'ajouterai que si le linge du service d'accouchements est blanchi à part, il n'est pas porté à l'étuve, et que les infirmières du service général, aussi bien que celles du service spécial, mangent avec les infirmières de tout l'hôpital et couchent dans les mêmes dortoirs.

Telle est la disposition de l'installation du service interne.

Service externe. — Le service externe se compose de chambres situées dans les appartements de sages-femmes

demeurant aussi près que possible de l'hôpital. Ce sont les sages-femmes agréées par l'administration de l'Assistance publique.

Avant de nommer une sage-femme agréée, l'administration envoie un architecte qui lève le plan de son appartement. Ce plan est vu et étudié par l'administration ; le directeur de l'hôpital et le chef de service vont visiter l'installation complète de la sage-femme, les chambres qu'elle met à la disposition de l'Assistance, aussi bien que son logement particulier, et c'est d'après ces rapports ou ces avis que l'administration nomme ou ne nomme pas.

Quand la nomination a lieu, les chambres appartiennent à l'Assistance publique, et, sous aucun prétexte, la sage-femme ne peut se servir de ces chambres pour y placer des pensionnaires autres que celles qui lui sont envoyées par l'Assistance, ou pour son usage particulier.

Chaque sage-femme ne peut avoir plus de trois chambres, c'est-à-dire ne peut recevoir plus de trois femmes à la fois (1). A Lariboisière, le nombre de lits situés chez les sages-femmes, et appartenant à l'Assistance publique, a été fixé de façon à ce que par mois, chaque lit serve à deux femmes. Les femmes restant dix jours après leur accouchement, les lits sont occupés pendant vingt jours sur trente.

Les lits se reposent, en moyenne, pendant dix jours au moins, comme le démontrent les chiffres ci-dessous :

En 1883,	les lits chez les	sages-femmes	étaient de	50	ayant reçu	1,191	pensionnaires.
1884,	—	—	—	53	—	1,204	—
1885,	—	—	—	61	—	1,312	—
1886,	—	—	—	67	—	1,507	—

Avant de parler du fonctionnement proprement dit, je désire ajouter quelques mots à propos du personnel.

Le personnel comprend, pour le service interne :

Service général. — Un chef de service, un interne, trois

(1) Une seule, nommée depuis longtemps, en reçoit 5.

sages-femmes demeurant à l'hôpital et nommées par l'administration, une surveillante, deux infirmières de jour, deux infirmières de nuit, deux nourrices, un infirmier.

Service d'isolement. — Deux infirmières.

Pour le service externe, vingt-deux sages-femmes agréées.

Du fonctionnement proprement dit. — Le service d'accouchements ne reçoit que des femmes en travail ou des femmes enceintes atteintes d'accidents ou présentant des cas de dystocie.

Toute femme se présentant pour entrer dans le service est examinée, mais seulement par le personnel du service, que ce soit le jour ou la nuit. Il y a toujours, la nuit, une sage-femme de garde. Les internes de l'hôpital, autres que celui du service, n'examinent aucune femme.

Toute femme chez laquelle rien d'anormal n'est constaté, et dont l'accouchement n'est pas imminent, est conduite chez une sage-femme agréée, c'est-à-dire dans le service externe.

Toute femme chez laquelle on a constaté une cause de dystocie ou un état maladif, en un mot une tare quelconque, est conservée dans le service interne.

Sont également gardées dans le service celles qui arrivent à la Maternité à une période trop avancée du travail pour qu'on puisse les envoyer au dehors.

Toute femme qui arrive du dehors en travail, et chez laquelle des manœuvres ont été tentées, est considérée comme suspecte et placée de suite, depuis 1885, dans le service d'isolement.

Voici les soins hygiéniques que les femmes qui accouchent dans le service reçoivent depuis leur entrée jusqu'à leur sortie. Au moment de leur admission, un grand bain, si faire se peut, et, dans tous les cas, une irrigation vaginale avec un liquide antiseptique, à moins que l'accouchement ne se fasse immédiatement après l'entrée.

Aussitôt après la délivrance, une nouvelle irrigation vagi-

nale, et l'application sur la vulve de compresses trempées dans un liquide antiseptique; puis une heure environ après l'accouchement, transport de la parturiente de la salle de travail dans la salle des accouchées, où, pendant toute la durée du séjour, la toilette des organes génitaux est faite trois fois par jour, et les compresses changées aussi souvent.

Chaque femme a deux bassins qui ne servent qu'à elle et qui sont numérotés, l'un en faïence pour ses fonctions, l'autre en tôle émaillée pour ses toilettes.

Le liquide antiseptique employé a été, de novembre 1882 à juin 1884, une solution phéniquée au 1/100e et aromatisée à l'essence de thym (1).

Depuis le mois de juin jusqu'en 1885, le liquide employé a été la solution de bi-iodure d'hydrargyre, d'iodhydrargyrate de potasse, c'est-à-dire un liquide contenant, pour 1,000 grammes d'eau, 50 centigrammes de bi-iodure d'hydrargyre et 50 centigrammes d'iodure de potassium. Depuis 1885, la dose de bi-iodure fut abaissée à 25 centigrammes pour 1,000 grammes d'eau.

Le corps gras employé pour les explorations et les opérations est de la vaseline phéniquée au 1/100e.

De 1882 à 1885, les instruments employés étaient trempés dans un liquide antiseptique. Depuis 1885, ils sont flambés, même la sonde employée pour pratiquer le cathétérisme vésical.

Toute personne qui pratique une exploration interne ne le fait jamais sans s'être, immédiatement avant, lavé les mains avec la solution antiseptique.

Le personnel officiel du service a des habits de toile changés tous les jours; les élèves, en entrant, se lavent les mains, et, avant de pénétrer dans le service, mettent un tablier propre et des manchettes fermées.

Je ne veux pas entrer, bien entendu, dans l'exposé des

---

(1) Ce liquide n'est plus employé que chez les femmes albuminuriques.

soins particuliers que nécessitent les cas spéciaux et qui ne relèvent plus de l'hygiène, mais bien de la médecine.

Je dirai seulement que, dès qu'une femme accouchée et placée dans la grande salle présente des suites de couches pathologiques qui font penser qu'elle peut devenir un danger pour une autre, elle est transportée dans un service de médecine.

Dès qu'une femme quitte le service, le matelas est enlevé et changé, ainsi que les couvertures et l'oreiller. Toute la literie, en un mot, est renouvelée. Le lit est lavé, ainsi que le mobilier appartenant à ce lit ; puis un nouveau matelas est apporté, et le lit préparé pour recevoir une autre femme.

Service externe. — Chaque femme allant chez une sage-femme emporte avec elle non seulement la layette de son futur enfant, mais encore et aussi un litre de solution antiseptique concentrée fournie par l'hôpital.

Des instructions données aux sages-femmes leur permettent de se servir de cette solution, de façon à obtenir un liquide semblable à celui employé dans le service interne. Du reste, quand le litre ne suffit pas, l'administration en fournit d'autres.

Chez les sages-femmes, les parturientes reçoivent, ou du moins doivent recevoir, les mêmes soins que dans le service interne : irrigation avant l'accouchement ; après la délivrance, toilette, etc.

Toute femme se portant bien quitte la sage-femme le dixième jour après son accouchement, et est ramenée dans le service interne, où elle est examinée une dernière fois, elle et son enfant. Toute femme malade, sur l'avis du chef de service qui visite toutes les femmes, ou bien séjourne quelques jours de plus chez les sages-femmes et aux frais de l'administration, ou bien est transportée dans un service de médecine à l'hôpital.

Tel est le fonctionnement du service interne et du service externe. Voyons maintenant les résultats obtenus.

Du 1er novembre 1882 au 1er janvier 1884, il y eut :

Dans le service interne........	868	accouchements.
— externe (chez sages-femmes)....	1.191	—
Nombre total..........	2.059	accouchements

Bassins rétrécis..................................	28
Insertions vicieuses du placenta..................	7
Eclampsie...	9
Accouchements terminés par le forceps...........	55
— — version podalique.......	11
— — céphalotripsie..........	8
Délivrances artificielles.........................	10
Accouchements provoqués........................	2
Tamponnements....................................	5

La mortalité a été :

Dans le service interne de.............	13
— externe de.............	1
Mortalité totale..................	14

Je comprends dans ces chiffres la mortalité totale, aussi bien les cas de mort survenus, deux mois après l'accouchement, dans un autre service, que les cas de mort survenus quelques instants après l'entrée dans le service.

Je donne du reste, ci-dessous, la cause de la mort pour chaque cas et le temps qui s'est écoulé entre l'accouchement et la mort.

Causes des 13 décès survenus dans le service interne :

Congestion pulmonaire aiguë...........	1
Septicémie puerpérale.................	12

Congestion pulmonaire aiguë. — 1. Femme toussant depuis 1 mois lors de l'entrée à l'hôpital. Morte quelques jours après de congestion pulmonaire aiguë.

Septicémie puerpérale. — 2. Présentation du siège. Fibromes utérins. Accouchement spontané après 4 jours de travail. Morte de péritonite.

3. Présentation du sommet. Fibromes du segment inférieur,

Incisions du col. Forceps. Délivrance artificielle. Morte de péritonite.

4. Accouchement spontané. Morte d'infection purulente, 1 mois et 8 jours après l'accouchement.

5. Avortement. Morte de septicémie.

6. Accouchement au forceps. Morte de péritonite.

7. Accouchement au forceps. Morte, le 13e jour, de péritonite.

8. Accouchement spontané. Morte, le 8e jour, de péritonite.

9. Femme en travail depuis plusieurs jours. Administration de seigle ergoté avant l'entrée à l'hôpital. Double céphalotripsie (grossesse gémellaire) fœtus morts et putréfiés. Morte, 2 mois après, d'infection putride.

10. Accouchement spontané. Fibromes utérins. Morte de péritonite.

11. Bassin de 8 1/2. Céphalotripsie. Morte le 5e jour de péritonite.

12. Eclamptique. 7 accès. Hémorrhagie au début du travail. Tamponnement. Accouchement spontané. Morte de péritonite.

13. Présentation du siège. Délivrance artificielle. Morte de septicémie.

Sur les 12 cas de septicémie, 5 avaient été contractés au dehors, 7 ont été contractés dans le service.

Dans le service externe, le seul décès a été causé par septicémie.

Du 1er janvier 1884 au 1er janvier 1885, il y eut :

Dans le service interne..........	681	accouchements
— externe..........	1.204	—
Nombre total..............	1.885	accouchements

Bassins rétrécis..............................	31
Insertions vicieuses du placenta..................	9
Eclampsie..............................	12
Accouchements terminés par le forceps..........	90
— — la version..........	13
— — céphalotripsie	1
— — basiotripsie.........	4
Délivrances artificielles........................	7
Accouchements provoqués	4
Tamponnements..............................	6

La mortalité a été :

Dans le service interne de	17
— externe de	3
Mortalité générale	20

Causes des 17 décès survenus dans le service interne :

Tuberculose pulmonaire	2
Pneumonie lobaire	1
Éclampsie	3
Ruptures de l'utérus	2
Hémorrhagie	2
Septicémie puerpérale	7

Tuberculose pulmonaire. — 1. Morte 1 mois après l'accouchement.

2. Morte accouchée, 2 jours après son entrée à l'hôpital.

Pneumonie lobaire. — 3. Femme entrée à l'hôpital avec une pneumonie franche. Morte 5 jours après l'accouchement.

Éclampsie. — 4. Éclampsie et manie.

5. Éclampsie. Morte non accouchée quelques heures après l'entrée à l'hôpital.

6.—Éclampsie. Morte accouchée 22 heures après l'entrée à l'hôpital.

Ruptures de l'utérus. — 7. Rupture spontanée du col de l'utérus, du vagin et de la vessie. Morte le 4e jour.

8. Rupture utérine, antérieure à l'entrée à l'hôpital. Morte 2 heures après son arrivée.

Hémorrhagies. — 9. Insertion vicieuse du placenta. Femme apportée exsangue. Morte, non accouchée, 2 heures après l'entrée à l'hôpital.

10. Décollement du placenta normalement inséré. Hémorrhagie. Femme apportée exsangue. Morte, accouchée, 10 heures après l'entrée à l'hôpital.

Septicémie puerpérale. — 11. Application infructueuse du forceps et administration de seigle ergoté avant l'arrivée à l'hôpital. Morte, 8 jours après l'accouchement, de péritonite.

12. 7 applications de forceps et administration de seigle ergoté avant l'arrivée à l'hôpital. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Morte, 3 jours après, de péritonite.

13. Présentation de l'épaule. Putréfaction fœtale. Morte, 2 jours

après l'accouchement, de gangrène gazeuse des membres inférieurs.

14. Rigidité pathologique du col. Accouchement spontané à 7 mois. Femme arrivée dans le service avec des symptômes d'infection. Morte de phlébite 6 semaines après l'accouchement.

15. Placenta prævia. Accouchement spontané. Morte le 9e jour, de péritonite.

16. Accouchement spontané. Morte le 9e jour, de péritonite.

17. Femme morte, 27 jours après l'accouchement, de pneumonie lobaire suppurée.

Sur les 7 cas de septicémie puerpérale, 4 cas ont été apportés du dehors, 3 cas ont été contractés à la Maternité.

Dans le service externe, la cause de la mort a été la septicémie dans les 3 cas.

Du 1er janvier 1885 au 1er janvier 1886, il y eut :

Dans le service interne...........	757	accouchements.
— externe............	1.312	—
Nombre total........	2.069	accouchements.

Bassins rétrécis..................................	55
Insertions vicieuses du placenta....................	13
Éclampsie..	5
Accouchements terminés par le forceps..............	34
— la version..............	10
— basiotripsie............	7
— embryotomie...........	1
Délivrances artificielles............................	7
Accouchements provoqués.........................	8
Tamponnement....................................	1

La mortalité a été :

Dans le service interne de..................	15
— externe de................	5

Causes des décès survenus dans le service interne :

Tuberculose pulmonaire..............................	2
Lithiase biliaire, angiocholite suppurée..............	1
Éclampsie, urémie..................................	2
Rupture de l'utérus..................................	1
Hémorrhagie...	1

Cystite gangréneuse consécutive à la rétroversion..... 1
Grossesse extra-utérine.......................... 1
Septicémie puerpérale............................ 6

Tuberculose pulmonaire. — 1. Tuberculose au 3e degré. Morte 8 jours après l'accouchement.

2. Tuberculose datant de 2 ans, aggravée par l'accouchement. Morte 1 mois et 6 jours après.

Lithiase biliaire. — 3. Coliques hépatiques au 2e mois de la grossesse et 24 heures avant l'accouchement. Ictère. Morte 17 jours après d'angiocholite suppurée.

Eclampsie. — 4. 12 accès d'éclampsie. Morte d'urémie 5 jours après l'accouchement.

5. Albuminurie, anasarque. Urémie à forme dyspnéique. Morte 1 mois après l'accouchement.

Rétroversion de l'utérus gravide. — 6. Morte au 5e mois de la grossesse de cystite gangréneuse.

Grossesse extra-utérine. — 7. Morte par rupture du kyste.

Rupture de l'utérus. — 8. Grossesse gémellaire. Accouchement spontané en ville d'un enfant vivant. Présentation de l'épaule du second enfant. Rupture utérine pendant le transport à l'hôpital. Version. Morte trois quarts d'heure après son entrée.

Hémorrhagie. — 9. Avortement gémellaire de 5 mois. Apportée exsangue. Morte accouchée 2 heures après l'entrée à l'hôpital.

Septicémie puerpérale. — 10. Présentation de la face. Deux applications de forceps, déchirures profondes du vagin et du col avant l'entrée à l'hôpital. Morte le 7e jour de péritonite.

11. Avortement de 3 mois avant l'entrée à l'hôpital. Morte le 10e jour de pyohémie.

12. Insertion vicieuse du placenta. Tamponnement avant l'entrée à l'hôpital. Accouchement spontané. Morte le 9e jour de péritonite.

13. Avortement de 3 mois avant l'entrée à l'hôpital. Rétention du placenta. Morte le 8e jour par thrombose cardio-pulmonaire.

14. Présentation de l'épaule. Version par une sage-femme et un médecin de la ville qui ne peuvent extraire la tête et font transporter la malade à l'hôpital. Expulsion spontanée du fœtus et du placenta pendant le transfert à l'hôpital. Morte le 5e jour de septicémie.

15. Présentation du siège. Femme accouchée et infectée dans le

service au contact de la précédente. Morte le 19e jour de septicémie.

Sur 6 cas de septicémie, 1 seul cas contracté dans le service.

Dans le service externe :

La septicémie a été la cause de la mort dans 4 cas ; l'hémorrhagie, 1 cas.

Du 1er janvier 1886 au 1er janvier 1887, il y eut :

Dans le service interne	616	accouchements.
— externe	1,507	—
Nombre total	2,123	accouchements.

Bassins rétrécis	52
Insertions vicieuses du placenta	10
Eclampsie	10
Accouchements terminés par le forceps	46
— — la version	9
— — la basiotripsie	12
Délivrances artificielles	15
Accouchements provoqués	7
Tamponnement	0

La mortalité a été :

Dans le service interne de	9
— externe de	6
Mortalité totale	15

Causes des 9 décès survenus dans le service interne :

Pneumonie	1
Hémorrhagie gastro-intestinale	1
Urémie	1
Rupture de l'utérus	2
Septicémie puerpérale	4

Pneumonie. — 1. Femme atteinte de pneumonie à son entrée à l'hôpital. Morte accouchée le 3e jour.

Hémorrhagie gastro-intestinale. — 2. Primipare, collapsus pendant le travail. Basiotripsie *in extremis*. Morte le lendemain. A l'autopsie, estomac rempli de sang, piqueté hémorrhagique sur toute l'étendue de la muqueuse intestinale.

Urémie. — 3. Albuminurie. Urémie. Morte d'anurie le 6e jour après l'accouchement.

Rupture de l'utérus. — 4. Présentation de la face. Version. Rupture de l'utérus. Morte 20 heures après l'entrée à l'hôpital.

5. Application de forceps en ville. Seigle ergoté, administré avant l'entrée à l'hôpital, où l'on constate une rupture utérine. Basiotripsie. Délivrance artificielle. Morte le même jour.

Septicémie puerpérale. — 6. Arrivée infectée dans le service. Avortement de 5 mois. Rétention du placenta qui est expulsé le 4e jour. Morte le 8e jour d'infection puerpérale.

7. Femme venant d'un service de médecine. Avortement gémellaire de 5 mois. Morte le 5e jour de septicémie.

8. Arrivée infectée dans le service. Accouchement spontané. Morte le 12e jour de septicémie.

9. Hémorrhagie au début du travail. Tamponnement avant l'entrée à l'hôpital. Forceps et délivrance artificielle. Morte 1 mois après l'accouchement d'infection purulente.

Des 4 décès causés par septicémie, 3 cas ont été contractés au dehors; 1 a été peut-être contracté à l'hôpital. Je dis *peut-être*, car la femme venait d'un service de médecine.

Causes des décès survenus dans le service externe :

Septicémie	5
Hémorrhagie	1

En résumé, du 1er novembre 1882 au 1er janvier 1887, 8,136 femmes vinrent accoucher dans le service d'accouchements de Lariboisière.

Sur ce nombre, 8,067 retournèrent chez elles bien portantes ;

69 moururent.

Dans le service interne, il y eut 2,922 accouchements. Sur ce nombre 2,868 femmes quittèrent le service bien portantes ; 54 moururent.

Dans le service externe, il y eut 5,214 accouchements. Sur ce nombre 5,199 femmes quittèrent leur chambre bien portantes ; 15 moururent.

Si nous séparons la mortalité causée par infection de la mortalité générale, nous arrivons aux résultats suivants :

	Dans le service interne.	Dans le service externe.
1883	12	1
1884	7	3
1885	6	4
1886	5	5

Si nous séparons encore les cas de septicémie apportés du dehors des cas contractés dans le service, nous avons :

	SERVICE INTERNE		SERVICE EXTERNE	
	Cas d'infection avant l'entrée dans le service	Cas d'infection après l'entrée	Cas d'infection avant l'entrée	Cas d'infection après l'entrée
En 1883...	5	7	0	1
En 1884...	4	3	0	3
En 1885...	5	1	0	4
En 1886...	4	1	0	5

Ce qui nous donne 12 cas de septicémie contractée dans le service interne, sur 2,922 accouchements.

13 cas de septicémie contractée dans le service externe sur 5,214 accouchements.

Si maintenant nous examinons quelles sont les années qui ont donné le plus de cas d'infection, nous avons :

Dans le service interne :	Dans le service externe :
7 en 1883	1 en 1883
3 en 1884	3 en 1884
1 en 1885	4 en 1885
1 en 1886	5 en 1886
Diminution progressive pour le service interne.	Augmentation progressive pour le service externe.

Il n'est pas inutile de rappeler que pendant l'année 1883, les rideaux des fenêtres furent enlevés, que le parquet de la salle de travail fut remis à neuf. Les travaux durèrent deux

MORBIDITÉ DE 1884, 1885, 1886 (1)

	TEMPÉRATURE au-dessous de 38° pendant toute la durée des suites de couches	TEMPÉRATURE ayant atteint, ne fût-ce qu'une fois, un degré intermédiaire à 38° et 38°,5	TEMPÉRATURE ayant atteint, ne fût-ce qu'une fois, un degré intermédiaire à 38°,5 et 39°	TEMPÉRATURE ayant atteint, ne fût-ce qu'une fois, un degré intermédiaire à 39° et 40°	TEMPÉRATURE ayant atteint, ne fût-ce qu'une fois, un degré intermédiaire à 40° et 41°	FEMMES AYANT EU LA FIÈVRE: SORTIES du 9e au 15e jour, guéries	FEMMES AYANT EU LA FIÈVRE: SORTIES après séjour prolongé de 15 jours à 1 mois
1884 680 (17 décès).	**255** dont 4 forceps » »	**231** dont 9 forceps — 2 versions — 1 céphalot.	**101** dont 12 forceps — 3 versions — 1 basiotr.	**52** dont 4 forceps — 3 versions — 2 basiotr.	**20** dont 1 forceps » »	**642**	**21**
1885 757 (15 décès).	**468** dont 17 forceps — 6 versions — 1 basiotr.	**137** dont 7 forceps — 2 versions — 1 basiotr.	**57** dont 3 forceps — 2 versions — 3 basiotr.	**62** dont 6 forceps — 2 basiotr. »	**17** dont 1 forceps — 1 embryot. »	**722**	**20**
1886 616 (9 décès).	**465** dont 28 forceps — 5 versions — 5 basiotr.	**71** dont 5 forceps — 2 basiotr. »	**36** dont 6 forceps — 2 versions — 2 basiotr.	**26** dont 3 forceps — 1 version — 1 basiotr.	**9** dont 1 forceps — 1 version — 2 basiotr.	**577**	**20**

(1) Toutes ces femmes ont quitté le service bien portantes.

mois. Les lits étaient couverts de poussière et, pendant ce temps, presque toutes les femmes avaient de la fièvre, et c'est à ce moment que 4 femmes furent prises d'accidents graves et moururent.

Enfin, j'ajouterai que depuis l'installation du service d'isolement, en février 1885, il n'y eut, en 2 ans, que deux cas de septicémie contractés dans le service.

Ces faits suffisent à démontrer de la façon la plus éclatante combien notre collègue le Dr Thévenot était dans le vrai lorsqu'il écrivait dans son remarquable rapport sur les Maternités : « Depuis les travaux de MM. Tarnier et Le Fort, la nécessité pour toute Maternité d'une infirmerie, pour tout service d'accouchement d'un pavillon d'isolement est généralement reconnue ».

Ce qui s'est produit pour la mortalité s'est produit également pour la morbidité.

Ainsi, lorsqu'on réunit tous les cas où la température est restée normale pendant les suites de couches, et les cas dans lesquels la température s'est élevée, quelle qu'en ait été la cause (lésions du sein, stercorhémie, éclampsie, lésions thoraciques, septicémie, etc.), on a le tableau ci-contre, p. 445.

Je n'entrerai pas dans d'autres considérations. Je me contente de faire remarquer que ces résultats ont été obtenus dans un service qui n'a pas cessé, depuis novembre 1882, de fonctionner un seul instant, et dont tous les lits sont presque toujours occupés ; dans un service où les élèves sont assez nombreux, puisque 25 le suivirent en 1883, 51 en 1884, 40 en 1885, 44 en 1886, et que l'état sanitaire est allé assez en s'améliorant pour que dans les deux dernières années 150 opérations aient été pratiquées sans qu'aucune femme ait succombé, et que le dernier décès de femme accouchée à terme de septicémie puerpérale contractée dans le service date du 13 décembre 1885.

On trouvera peut-être que ces résultats justifient ce que nous avons écrit dans la note explicative du projet de

Maternité exposé par MM. Lafollye à l'exposition d'hygiène et que nous prenons la liberté de rappeler ici. « Il y a quelques années à peine, tout projet de maternité, pour être en rapport avec les données de la science, devait reposer sur l'isolement des parturientes.

La contagion ayant été démontrée avec une précision mathématique par le professeur Tarnier, tous les efforts devaient tendre à séparer autant que possible les nouvelles accouchées. Aussi, le pavillon construit à la Maternité de Paris en 1873, d'après les plans du professeur Tarnier, et qui fonctionne depuis cette époque, restera-t-il le modèle du genre. Les résultats ont été et sont merveilleux. Mais, depuis cette époque, de nouvelles découvertes ont permis d'aller plus loin, et aujourd'hui, non seulement on empêche la contamination, mais encore on supprime les causes premières d'infection.

Avec les antiseptiques, on lutte victorieusement contre l'infection. La réalisation de ce procès permet, jusqu'à un certain point, de ne plus considérer l'isolement comme une condition *sine qua non.* On peut, en plaçant les parturientes dans un milieu convenablement approprié, les réunir sans danger pour elles.

Il est inutile d'insister sur les avantages qui résultent de cet état de chose au point de vue du fonctionnement du service et des économies réalisées. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 mai 1887.

Présentations : PORAK. Un nouveau-né, atteint d'une **tumeur de la base du crâne**, ayant déterminé un bec-de-lièvre avec séparation du maxillaire supérieur et bifidité du nez.

A. Guérin. **De l'adéno-phlegmon juxta-pubien.** — Une grande obscurité régnait encore dans le diagnostic des tumeurs intra-pelviennes. En 1874, Bernutz, par la publication de son mémoire sur la pelvi-péritonite, éclaira beaucoup la question. Néanmoins, toutes les difficultés n'étaient pas aplanies. La dénomination « *phlegmon du ligament large* », en l'absence des signes propres à l'hématocèle, à la pelvi-péritonite, servait d'étiquette à des processus intra-pelviens, dont le siège, tout ou moins initial, semblait être dans l'épaisseur des ligaments larges et qui paraissaient avoir une symptomatologie tout à fait spéciale. Comme beaucoup de mes collègues, j'étais pénétré de cette idée quand je reçus dans mon service une malade envoyée par un de mes élèves les plus distingués, M. Landrieux, qui avait fait le diagnostic de phlegmon du ligament large. Après lui, et après avoir constaté cet ensemble symptomatique attribué exclusivement au prétendu phlegmon, je fis devant un auditoire très nombreux le même diagnostic que M. Landrieux.

Fait plus grave, la malade ayant succombé, j'affirmai de nouveau devant mes élèves que nous allions trouver à l'autopsie « le phlegmon du ligament large ».

Or, voici ce que nous constatâmes.

Deux ligaments larges d'une pureté admirable! Dans leur épaisseur, pas la moindre apparence de pus. Quant à la tumeur, elle longeait la paroi antérieure du vagin et aboutissait dans la région du trou sous-pubien. De plus il fut manifeste pour moi que des vaisseaux lymphatiques, cheminant d'abord le long de la paroi antérieure du vagin, aboutissaient à un ganglion, situé à proximité du trou sous-pubien et envahi par la suppuration.

Nécessité me fut d'admettre que les symptômes observés n'appartenaient pas en propre au phlegmon du ligament large.

Depuis, une nouvelle autopsie me donna des résultats identiques.

Dans la séance d'hier, à l'Académie, M. Sappey m'a fait des objections très graves, en raison de l'autorité de l'éminent anatomiste. *Il n'y a pas*, a affirmé M. Sappey, *des vaisseaux lymphatiques allant du col de l'utérus au ganglion sous-pubien* ». Heureusement, étant juge dans un concours, j'avais pu voir une pièce préparée par Le Bec, qui démontrait sinon l'existence constante du moins éventuelle de ces vaisseaux. Voici une lettre par laquelle

Le Bec m'apprend que cette pièce se trouve actuellement au musée de Clamart. Un peu de mercure a coulé, ajoute-t-il, cependant on voit très nettement un tronc lymphatique volumineux qui aboutit à un ganglion sous-pubien. D'ailleurs j'ai voulu également étudier les préparations faites par M. Sappey. Or, si dans l'une d'elles où il n'a été conservé que la portion supérieure du vagin, on ne voit pas des lymphatiques aboutissant aux ganglions sous-pubien, il n'en est pas moins vrai qu'on voit de ces vaisseaux se rendre à un ganglion situé en dehors et en avant des ligaments larges. De sorte que, alors même qu'il n'y aurait pas normalement une communication entre les vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus et les ganglions sous-pubiens, ce que je n'admets pas, cette préparation de M. Sappey prouve qu'il peut se produire en dehors des ligaments larges un processus pathologique s'accompagnant de tous les phénomènes cliniques assignés exclusivement autrefois au prétendu phlegmon de ces ligaments. C'est à cette affection caractérisée par la présence d'une tumeur située sur les côtés de la matrice, s'étendant vers le ligament de Poupart, et remontant ensuite le long de la paroi abdominale en constituant le *plastron*, que j'ai donné l'étiquette *d'adéno-phlegmon juxta-pubien*. Enfin, outre les faits anatomiques contraires à la théorie du phlegmon du ligament large, j'attire l'attention sur ces circonstances qui lui sont également défavorables : *a*) la structure de ces ligaments (2 aponévroses verticales, recouvertes simplement par la séreuse péritonéale, s'élevant sur une aponévrose horizontale); *b*) l'exiguïté de la cavité limitée par les 2 aponévroses verticales; *c*) la rareté du tissu cellulaire contenu dans cette cavité.

POLAILLON lit une note relative à un cas **d'hermaphrodisme neutre**, observé chez un sujet âgé de 31 ans, mort dans son service aux suites d'un abcès intra et extra-hépatique.

Renseignements fournis par l'autopsie sur l'état des organes génito-urinaires : Le bassin est large, excavé comme un bassin de femme. La région pubienne est saillante, arrondie, proéminente comme un mont de Vénus. De la partie inférieure de cette région partent deux replis cutanés, épais, qui représentent très exactement les grandes lèvres d'une vulve. En se rejoignant ces deux replis forment, en haut, une sorte de capuchon; en bas, une véritable fourchette. Au-dessous du capuchon, se montre un appendice

qui est un pénis en miniature. Cet organe mesure à peine 4 centimètres de longueur. Il est très grêle, mais parfaitement normal et terminé par un gland qui porte à son extrémité un méat urinaire. Ce gland est recouvert par un long prépuce qui forme un phimosis. Au-dessous du pénis, entre les deux replis que nous avons comparés à deux grandes lèvres, se trouve un petit scrotum ridé, ne contenant point de testicule. Les grandes lèvres ne renferment non plus aucun organe pouvant être pris pour des testicules. Enfin, au-dessous de ce scrotum, il n'y a pas de dépression simulant un orifice vulvaire et un vagin.

En aucun point, pas la moindre trace de testicules. Les vésicules séminales n'existent pas sur le bas-fond de la vessie et se sont montrées introuvables partout ailleurs. Il n'y a point de canal déférent et point de cordon spermatique.

La vessie était séparée du rectum par un cul-de-sac péritonéal très profond, limité par deux replis saillants, très analogues aux replis de Douglas. Le col de la vessie s'abouchait dans un canal uréthral qui parcourait toute la longueur de la petite verge et venait se terminer au sommet du gland par un méat bien formé. Il s'agit donc d'un véritable pénis et non d'un clitoris hypertrophié.

On n'a trouvé dans le ventre aucun organe pouvant rappeler les organes génitaux internes de la femme, utérus ou ovaires. On n'a pas constaté au devant de la colonne vertébrale les débris du corps de Wolf.

Au niveau des plis de l'aine, on remarquait deux taches brunes, saillantes, symétriques qui étaient des mamelons surnuméraires.

Dans l'ensemble, par le timbre de la voix, la finesse de la peau, par ses formes arrondies, par le développement des mamelles, par l'ampleur du bassin,.... le sujet appartenait au type féminin.

M. Rey. **Des applications obliques du forceps de Poullet. Discussion de l'instrument.**)

M. L. Championnière lit une communication sur **3 cas d'ablation des ovaires pour accidents nerveux.** Il s'agit **d'ovariotomies normales.** A ce sujet, Championnière fait la remarque que dans ces dernières années les *ovariotomies dites normales* ont fait le sujet de plusieurs travaux importants. Malheureusement, dans ces travaux, on a réuni des observations absolument disparates, par exemple des cas où l'ovaire était sain, d'autres où il était cancé-

reux. Or, il y a une distinction capitale à conserver entre les ovariotomies : a) *ovariotomies ayant pour objectif l'extirpation d'ovaires* **malades**, b), *ovariotomies destinées, grâce à l'extirpation d'ovaires* **sains**, à faire cesser un ensemble d'accidents apparaissant ou s'exaspérant à chaque éruption menstruelle.

Contrairement à une opinion, défendue surtout dans ces derniers temps, et basée sur des observations faites à la suite d'ovariotomies doubles (L. Tait), L. Championnière croit qu'il existe une relation de causalité entre la fonction ovulaire et la menstruation. Il ne faut, dit-il, accepter qu'avec les plus grandes réserves, les faits de persistance de la menstruation après l'extirpation des deux ovaires. Tous ceux qui ont fait de la chirurgie abdominale savent combien il est difficile, sinon impossible, dans l'ovariotomie dirigée contre les kystes de l'ovaire, d'enlever tout le tissu ovarique. La difficulté existe, bien que moindre, quand il s'agit d'ovaires normaux. La conformation de l'ovaire n'est pas en effet toujours la même. De forme oblongue habituellement, il s'allonge parfois en s'amincissant du côté de l'utérus. Rien de plus facile dans ces conditions que de laisser dans l'abdomen un fragment de tissu ovarique. Cela arrive même quelquefois au cours de l'opération de Porro, bien qu'on soit alors en condition de prendre l'ovaire de bien bas. En résumé, tant que des observations nombreuses et probantes n'auront pas été fournies, L. Championnière persistera dans son idée que l'apparition régulière des règles après la castration tient à l'oubli dans le ventre d'une portion du tissu de l'ovaire.

L. Championnière insiste enfin sur le grand avantage qu'il y a à soumettre les femmes, atteintes de nervosisme exagéré, qui doivent subir la castration en raison d'accidents graves, à une sorte de préparation. Huit jours avant l'opération, on les soumet à l'action de médicaments sédatifs (morphine, chloral). Championnière a pu se convaincre, dans deux cas encore récents, de l'utilité qu'il y a à adopter une pareille pratique préconisée du reste par plusieurs autres opérations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 avril.

LEFOUR (Bordeaux). — **De la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre.** — Le fait a été observé chez un

fœtus, à terme, en présentation du sommet. Le dégagement du tronc ne s'effectuant pas, on fit la supposition qu'il était empêché par une distension de la vessie par l'urine. En conséquence, le fœtus ayant d'ailleurs succombé depuis plusieurs heures, on pratiqua la ponction vésicale à travers le diaphragme, ce qui amena l'écoulement d'environ 1,600 gr. d'urine et la terminaison rapide de l'accouchement. L'examen cadavérique démontra que l'urèthre était perméable, que les uretères et les bassinets n'étaient pas dilatés et par suite que la miction avait dû s'opérer par regorgement. Cette observation de la possibilité de la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urèthre, indique en outre que l'accoucheur doit, toutes les fois que le fœtus est vivant, ponctionner d'abord la vessie avec le trocart capillaire.

R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Le 16 janvier, M. Budor a présenté des **Kystes hydatiques multiples** de l'abdomen et du bassin chez une femme de 38 ans dont une phlegmasie péri-utérine, suite de couche à 17 ans, constituait le seul antécédent pathologique. On sentait dans l'abdomen plusieurs tumeurs, les unes très mobiles, d'autres présentant du frémissement hydatique. On a trouvé, à l'autopsie, un kyste hydatique du foie qui semble bien être l'origine de tous les autres.

Le 21 janvier, M. Demoulin a communiqué l'observation d'un **fibro-myxome de la grande lèvre**, enlevé par M. Jalaguier à une femme de 39 ans. La tumeur est haute de 34 centimètres et la circonférence mesure 66 centimètres, M. Demoulin insiste sur les prolongements périnéaux de ces tumeurs de la grande lèvre.

Le 11 février, M. Cornil a décrit un cas de **tuberculose du corps de l'utérus**, provenant du service de M. Gallard, sur une femme, morte de phthisie pulmonaire. Il y avait des tubercules de l'intestin et de la vessie. L'utérus est gros; son corps est en rétro-flexion : on voit quelques granulations tuberculeuses à la surface péritonéale. Toute la cavité du corps est tapissée d'une couche caséeuse, uniforme, blanche, épaisse d'un centimètre environ. La cavité cervicale est saine.

Le 18 février, Mlle Klumpke a montré une **malformation remarquable du cœur** chez un enfant mort de cyanose, au 11e jour. Le

tronc pulmonaire n'avait qu'un millim. de calibre, le canal artériel et le trou de Botal persistaient; il y avait une double perforation interventriculaire; le ventricule gauche, réduit à un canal était indépendant de l'oreillette gauche. En outre, il y avait transposition générale des viscères.

Le 23 février, MM. VALAT et REBOUL ont présenté un **kyste de l'ovaire** opéré par M. Monod. Depuis plus d'un mois il y avait des accès de douleur hypogastrique intense. A l'opération, on a constaté sur le pédicule deux tours de torsion, de droite à gauche.

Parmi les malformations congénitales nous signalerons:

1° Un cas **de persistance du canal artériel**, coïncidant avec un **bec-de-lièvre droit** et une **lobulation multiple du poumon** droit, par M. Nicolle.

2° Une **palmure périnéo-crurale**, par M. A. BROCA.

A. BROCA.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Séance du 14 *avril* 1887.

Présentations : ORTHMANN. **2 utérus enlevés pour des affections malignes de la muqueuse utérine.** par A. Martin.

Obs. I. — X..., âgée de 46 ans, entre en traitement, dès le 16 avril 1886, pour des métrorrhagies irrégulières. Premières règles à 17 ans, menstruation normale. 8 accouchements, 1 avortement. Elle a déjà subi le curage de la matrice et l'amputation du col. L'examen histologique de la muqueuse enlevée, ne fit constater aucune dégénérescence anatomique importante. Trois mois durant, elle jouit d'un bien être parfait. Puis, les pertes de sang se reproduisent. La femme rentre de nouveau à l'hôpital le 10 janvier 1887. Le lendemain on fait le curage de la matrice et cette fois l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un *adénome malin*. Le 12 janvier, *hystérectomie vaginale*, durée de l'opération, 25 minutes.

Sur les préparations, on voit que la muqueuse est très épaissie dans toute son étendue (jusqu'à 7 millim.). Les parois utérines sont également hypertrophiées. De plus, en certains points, la transformation cancéreuse est évidente.

Obs. II. — X..., 58 ans, a depuis quelque temps des pertes de

sang abondantes et est sujette à un écoulement fétide. Premières règles, à 14 ans. Menstruation normale mais toujours douloureuse. Pas d'accouchement, pas d'avortement. Ménopause, il y a 3 ans. Le curage fait dans le but de fixer le diagnostic, montre qu'il s'agit d'un *carcinome de la muqueuse utérine. Hystérectomie vaginale,* qui fut très laborieuse par suite de l'atrophie sénile des tissus. Pendant le retournement de la matrice, la paroi utérine postérieure se déchire et à travers le foyer de la rupture une certaine quantité de masses molles et dégénérées passent dans l'abdomen. Après les avoir retirées aussi soigneusement que possible, on parvient à retourner entièrement la matrice et à l'extirper. Durée de l'opération, 30 minutes.

Les parois utérines sont extrêmement minces et ramollies. Sur la postérieure, on voit le foyer de la rupture. La muqueuse est profondément dégénérée, sa surface interne est irrégulière. Détail intéressant, en même temps que l'affection carcinomateuse il y avait cinq nodules myomateux, 4 au niveau du fond de la matrice et sous-péritonéaux, le cinquième dans la paroi utérine antérieure.

SCHROEDER. — **Amputation de Porro**. Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans et mariée pour la 2e fois. A son premier mariage, un accouchement qui remonte à 14 ans. Il y a 2 ans, nouvelle grossesse. A ce moment, Schröder constate l'existence d'un myome utérin ayant le volume d'une tête de fœtus et une grossesse de 3 mois environ qu'il interrompt. Un accouchement à terme paraît devoir être impossible, et la malade désire ardemmement être soustraite au danger qu'elle pourrait courir si on laissait la grossesse aller à terme. On pense qu'après l'extraction de l'œuf, le myome pourra rétrocéder. A l'automne de 1886, la femme revient à la clinique. Elle est enceinte depuis le mois d'avril, en dépit d'une tentative d'avortement artificiel au moyen de la sonde, de lavages intra-utérins, et d'une cure thermale à Kreusnach, la grossesse continue son cours. On constate, conf rmément du reste aux prévisions faites, que la tumeur située dans le petit bassin a diminué de volume. La femme déclare qu'elle a perdu du pus par les urines. Mais d'autres tumeurs myomateuses se sont développées qui rendent un accouchement à terme *per vias naturales* impossible. On décide cependant de laisser aller la grossesse à terme. Le 2 janvier, début du travail. Dilatation rapide, que suit bientôt la rupture de la poche des eaux. Schröder pratique la section césarienne,

qui lui permet de mettre au monde un enfant vivant et fort. Il fait ensuite l'amputation supra-vaginale, enlevant du même coup utérus et myomes. *Suites opératoires excellentes. Convalescence normale.* L'enfant allaité par une nourrice se développe très bien.

SCHÜLEIN. — **Un lipôme de la grande lèvre,** du volume d'un petit poing. La tumeur s'étendait du milieu de la grande lèvre à peu près jusqu'à l'anus. La jeune femme qui en était atteinte, âgée de 19 ans, avait remarqué quand elle avait 17 ans, lors de ses premières règles, une petite tumeur située dans la grande lèvre du côté droit, qui s'accrut rapidement. Après une large incision cutanée, la tumeur fut énucléée de sa capsule ; on fit une suture au catgut et on appliqua un pansement avec de la gaze iodoforme. Guérison.

REICHEL. a) — **Deux monstruosités fœtales**, appartenant à la famille des Sirénomèles.

b) **Des préparations d'œufs abortifs** ; c) **Un fœtus,** mort 4 semaines environ avant le terme normal de la gestation, qui présente un arrêt de développement remarquable et des incurvations très accusées des extrémités.

HEYDER. — **Du traitement de la sténose de l'utérus.** L'auteur préconise contre la sténose de l'utérus, la dilatation progressive au moyen des sondes utérines, méthode beaucoup plus en faveur autrefois. Ce n'est qu'en cas d'échec de ce procédé, qu'il faut recourir à la dilatation sanglante. Par la première de ces deux méthodes, il a guéri dans deux cas de dysménorrhée existant depuis de longues années, les accidents dysménorrhéiques et la stérilité concomitante.

SCHROEDER. — La dilatation progressive du col au moyen de sondes de plus en plus grosses doit être préféré à la dilatation sanglante, surtout parce qu'on ne possède aucune méthode chirurgicale tout à fait satisfaisante pour dilater la portion supérieure du col. La discission de l'orifice externe paraît dépourvue de dangers. Pour diviser l'orifice interne, il se sert de l'hystérotome d'E. Martin, lorsqu'il n'a pas obtenu la dilatation avec des sondes utérines de plus en plus grosses. Si, la dilatation obtenue, on a la précaution de faire des lavages de la cavité utérine avec des solutions phéniquées tièdes, l'effet sur les accidents dysménorrhéiques est toujours très marqué ; en ce qui concerne la stérilité, le résultat ne peut pas être naturellement comparable.

A. MARTIN. — **De la statistique de l'extirpation totale de l'utérus, dans le cas de cancer** (1) (Cent. für. Gynäk., nº 7. 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LEIPZIG

Séance du 18 *Mai* 1885.

SÄNGER. — **De la rupture d'un kyste de l'ovaire pendant l'effort du vomissement.** — X... âgée de 28 ans, a été admise à la clinique, le 14 mai. Elle a un kyste ovarique, type. La fluctuation est manifeste. Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic, 98 c. m. *Opération.* La femme est chloroformisée dans son lit. Avant que la narcose soit complète, on la transporte avec beaucoup de soin sur la table à opérations. Puis on savonne la paroi abdominale. Tout à coup, alors qu'on n'exerce plus aucune pression sur le ventre, il se produit des efforts de vomissements qui s'accompagnent d'une contraction violente des muscles abdominaux. Subitement, le ventre s'affaisse. La tumeur kystique a dû éclater sous l'influence de l'exagération de la pression abdominale due aux efforts de vomissements. La paroi abdominale ouverte, il s'échappe du ventre un liquide, ayant l'aspect d'une solution de gomme arabique et semblable au contenu du kyste. Le kyste, issu de l'ovaire droit, est franchement pédiculé. Il présente une déchirure irrégulière de 1,5 centim. de longueur. L'épaisseur de la paroi à ce niveau est environ de 5 millim. Avant la rupture, elle a dû être de moitié moindre. La toilette du péritoine a été longue. Convalescence absolument régulière, pas le moindre phénomène réactionnel.

Ce fait met en relief les deux points suivants :

1º Une élévation subite de la pression intra-abdominale, comme celle qui se produit dans l'effort du vomissement, peut faire éclater un kyste de l'ovaire.

2º Si la rupture se produit au moment de la narcose, l'affaissement subit et le relâchement de la paroi abdomidale sont de nature à faire croire qu'il ne s'agissait que d'une tumeur apparente. Sans doute, un examen minutieux fait avant l'opération met en garde contre cette erreur, mais enfin elle est possible. Or si, commettant cette méprise, on renonçait à faire l'opération, cette détermination

---

(1) Vid. in Ann. de gyn. et d'obstétrique, p. 226 et seq. Mars 1887.

serait désastreuse. Aussi, dans les cas douteux, faut-il toujours pratiquer l'incision exploratrice. Cela vaut mieux que de courir le risque de voir éclater une péritonite. Ainsi qu'il ressort des statistiques de Palm, Nepveu, Peaslee, les conséquences de la rupture des kystes ovariques sont extrêmement fâcheuses (Cent. für gynäk., n° 9, 1887).

—

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

Séance du 9 Mars 1887.

H. Croom. — **Quand et comment il faut laver l'utérus puerpéral.** — *Indications* : 1° lorsque, en même temps qu'il existe une sensibilité localisée en un point de l'utérus, il y a accélération du pouls, élévation de la température, fétidité des lochies. La fétidité doit être liée à des phénomènes de putréfaction développés *in utero*. Pour bien juger s'il en est ainsi, il faut laver d'abord le vagin avec une solution antiseptique, *inodore*, une solution de sublimé, par exemple, puis porter le doigt dans la cavité du col. On sera alors à même de décider si les sécrétions utérines sont réellement fétides. *Les premiers lavages doivent être faits la femme étant chloroformisée.* Cela permet d'étudier directement avec le doigt l'état de la cavité utérine. Or, dans la plupart des cas, on arrive ainsi à constater la lésion protopathique.

2° Lorsqu'il y a de l'accélération du pouls et de l'élévation de la température si l'on n'est pas *absolument* sûr que la délivrance a été complète.

3° Si des portions de membranes étant restées dans l'utérus, leur séjour s'accompagne d'élévation de la température et de l'accélération du pouls. Toutefois, il y a quelque danger parfois à s'obstiner quand même à retirer entièrement les membranes au moment de la délivrance. Mieux vaut en effet laisser *in utero* un débris de membrane que dilater le canal génital, dans le but de le retirer quand il est de minimes dimensions.

4° Après l'expulsion d'un fœtus macéré, putride.

5° Quand l'utérus reste anormalement volumineux après le travail et que, par suite de la présence de caillots dans l'utérus et d'un commencement de putréfaction, des symptômes d'infection septicémiques se développent spontanément. Dans ces cas, il faut laver

l'utérus, y introduire la main pour enlever les caillots et administrer la quinine à doses massives.

6° Quand, tardivement, au cours du puerperium, il se développe des phénomènes de septicémie.

7° Dans les cas, plus fréquents, où, par suite d'une flexion excessive de la matrice, il y a rétention et décomposition des lochies.

8° Dans les quelques cas d'avortement incomplet et d'accouchement prématuré. Toutes les fois qu'on aura fait le curettage de l'utérus.

9° Dans tous les cas enfin où certaines circonstances — hémorrhagies post partum, adhérences pathologiques du placenta, hydatides de l'utérus — auront nécessité l'introduction de la main dans la matrice.

Technique opératoire. — Elle comprend un ensemble de précautions avec lesquelles on est, en France, parfaitement familiarisé aujourd'hui. Nous ne les reproduirons pas ici. Il suffit de mentionner que l'auteur conseille de placer la femme de telle sorte que la tête, les épaules soient plus haut que le siège afin de faciliter le retour du liquide injecté dans l'utérus. Enfin, il est bon que la température du liquide soit portée à 46°, parce que : 1° l'utérus dans la plupart des cas est frappé d'atonie ; 2° la contraction utérine sollicitée par la température élevée du liquide empêche le séjour dans la matrice des substances injectées, condition importante quand on emploie le sublimé.

Nature de l'antiseptique à employer. — 2 substances antiseptiques seulement sont suffisamment efficaces, l'acide phénique, le sublimé. En raison des propriétés toxiques de ce dernier agent, il faut n'user que de solutions étendues. Celles à 1 p. 4000 ou à 1 p. 5000 suffisent. Enfin, il faut les proscrire chez les femmes sous le coup d'une anémie profonde ou atteintes de lésions rénales.

Contre-indications. — Il faut renoncer aux lavages intra-utérins, s'il existe de la métrite ou de la paramétrite. En pareilles conditions, non seulement ils sont impuissants mais ils sont dangereux. Ils sont inefficaces parce que les agents infectieux ont franchi la matrice et pénétré dans les veines ou les vaisseaux lymphatiques extra-utérins : ils peuvent être nuisibles parce qu'ils peuvent donner un coup de fouet aux processus inflammatoires développés autour de l'utérus.

SIMPSON. — Il eut été bon d'insister sur la disposition que doi-

vent réaliser les appareils à lavages intra-utérins. La condition essentielle, c'est que le retour du liquide soit assuré. La sonde de Budin, grâce à sa gouttière en forme de fer-à-cheval est, sous ce rapport, très avantageuse. L'emploi du sublimé comporte en effet des dangers. Pour y parer, il faut faire suivre son emploi d'irrigations intra-utérines d'eau chaude.

NAPIER. — Dans les cas de septicémie, les suppositoires iodoformés lui ont paru plus efficaces que les autres substances antiseptiques. Egalement, il a trouvé dans le permanganate de potasse un auxiliaire précieux.

HART. — La paramétrite n'est pas une contre-indication formelle à l'emploi des injections intra-utérines. La fixation de l'utérus n'implique pas nécessairement la septicémie ; un processus inflammatoire suffit à la produire. Quand la lésion est située au delà de l'utérus, il faut faire la laparotomie et des lavages intra-abdominaux. Le bichlorure de mercure, prudemment manié, n'est pas plus dangereux que le chloroforme. Mais on n'est pas en droit d'injecter dans la cavité utérine une solution à 1 p. 1000. Il est possible que dans les cas terminés par la mort, les reins avaient été primitivement lésés.

BREWIS. — **Un cas d'inversion spontanée de la matrice.**

NAPIER. — **Du traitement du prolapsus de l'utérus par la colporrhaphie antérieure modifiée** (1) (Edin. med. Journ. Mai 1888).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 4 mai 1887.

Présentations: L. TAIT. — **Annexes de l'utérus enlevés pour des affections inflammatoires.**

A. DORAN. — **Une malformation des trompes de Fallope.** On voit sur la pièce un orifice tubaire supplémentaire, entouré de franges.

J. PHILLIPS. — **Méningocèle spinale**, située au niveau de l'écaille occipitale et de l'axis, et du volume d'une tête d'un fœtus de 7 mois. La tumeur avait causé de la dystocie.

---

(1) Ces 2 communications doivent paraître dans un prochain numéro du journal. Nous les résumerons alors ainsi que les communications auxquelles elles ont donné lieu.

Carter. — **Un fibro-myome de l'ovaire.**

Paramore. — **Une paire de forceps,** munis d'une charnière latérale au niveau de la poignée de la branche supérieure.

B. Smyth. — **Un spéculum,** ayant la disposition d'un abaisse-langue.

M. Duncan. — **De la paramétrite hémorrhagique.** Duncan relate trois observations d'hémorrhagies abondantes qui ont compliqué des abcès pelviens. Dans le premier cas, la perte de sang se déclara pendant qu'on ouvrait l'abcès. L'hémostase fut facile. Dans le second, l'hémorrhagie devint rapidement mortelle. Le sang s'échappait à travers la vessie dans laquelle l'abcès s'était ouvert. Dans le troisième enfin l'hémorrhagie, qui fut également fatale, se fit à diverses reprises à travers la vessie. Le sang était mélangé de débris de sphacèle et de pus. L'hémorrhagie était due au détachement d'une couche gangrénée, qui avait largement ouvert les veines iliaques interne et externe au niveau de leur anastomose. Il s'est agi dans ce dernier cas non d'un abcès paramétritique ordinaire mais d'une gangrène progressive du tissu conjonctif.

W. Duncan a observé deux cas dans lesquels il se produisit, après l'ouverture de l'abcès, au niveau de la membrane pyogénique limitant la cavité primitive un suintement sanguin qui dura plusieurs jours. Il croit qu'il serait plus exact de désigner ces faits sous ce titre : « *hémorrhagies survenant dans la poche d'un abcès paramétritique* » que de les appeler paramétrites hémorrhagiques.

Galabin a également observé un cas d'hémorrhagie mortelle, qui s'était faite dans un abcès pelvien. On avait diagnostiqué d'abord une hématocèle rétro-utérine. Il y avait eu suppuration, et écoulement de pus par la vessie et par le rectum. Trois mois après survint un érysipèle vulvaire et une hémorrhagie dans la cavité purulente, qui fut mortelle. A la nécropsie, on trouva dans le tissu cellulaire pelvien de nombreux clapiers et une gangrène étendue.

L. Tait n'a jamais observé de faits semblables à ceux rapportés par Duncan. Il est convaincu qu'il faut faire la laparotomie et ne pas attendre des conséquences aussi désastreuses. Le titre du travail de son collègue devrait être, *paramétrites tuant par hémorrhagies.*

Lewers — **De la fréquence des affections tubaires.** — Cette question

si controversée ne pouvait être résolue qu'à la salle d'autopsie. Le travail de l'auteur est basé sur 100 examens *post mortem* (1). Dans un article récent. « Is disease of the uterine appendage sas frequent as it has been representend ? » (Les affections des annexes de l'utérus sont-elles aussi fréquentes qu'on l'a laissé entendre ? (2). H. Coë déclare que les maladies des trompes de Fallope sont plus rares qu'on le suppose en général. Lewers entend parler des dilatations tubaires qu'on peut ranger en trois groupes : *a*) *hydrosalpingites* ; *b*) *pyosalpingites* ; *c*) *hématosalpingites*. Or, sur les 100 nécropsies qu'il a faites, il a constaté, en tout, 17 fois l'existence de l'une ou l'autre de ces variétés.

GALABIN. — S'agit-il d'une série de cas choisis ou bien de cas examinés, au hasard, à mesure qu'ils se présentaient ? Cette proportion de dilatations des trompes, 17 p. 0/0 semble très élevée. A « Guy's Hospital », sur 302 nécropsies de femmes, ayant dépassé l'époque de la puberté, on n'a trouvé que 12 cas, encore deux d'entre eux étaient-ils de peu d'importance ; cela donne une proportion de 4 p. 0/0. Un seul cas avéré de pyosalpingite, un deuxième douteux. On releva 14 cas de phlegmasies chroniques péri-tubaires, mais sans distension des trompes. En résumé, sur les 302 cas il y avait eu : phlegmasies chroniques péri-tubaires, 9 p. 0/0 ; distensions des trompes, 4 p. 0/0.

L. TAIT. — Les notions qui découlent de ces examens cadavériques confirment les conclusions que, depuis plus de dix ans, il a tirées des faits cliniques touchant l'étiologie, la marche, le pronostic, et le traitement des maladies des trompes. Ce qui ressort le plus nettement des faits exposés, c'est la mortalité élevée de ces affections. Or, il a montré depuis longtemps que ces états pathologiques étaient justifiables de l'opération, et qu'avec elle le taux de la mortalité tombait à 2 — 3 p. 0/0. Il est impossible devant de tels chiffres de repousser plus longtemps le traitement chirurgical. Quant à la différence si considérable qui paraît exister dans la fréquence des affections tubaires à « Guy's Hospital » et à « London Hospital », elle tient sans doute à la répartition inégale de la blennorrhagie dans les quartiers voisins des deux hôpitaux. Comme Lewers, Tait pense que l'hydrosalpingite précède la pyosalpingite.

---

(1) Cas observés à *London Hospital*.

(2) Ann Journ. of obstetrics, Juin 1886.

Prennent part à la discussion, A. Doran, Horrocks, Imlach, M. Duncan, W. Duncan.

Lewers. — Il ne s'agit pas de cas choisis. On les a, autant que possible, étudiés à mesure qu'ils se présentaient. On a sans doute fait des autopsies où l'on a trouvé des adhérences plus ou moins anciennes. Ces cas ne figurent pas dans les tableaux. Il ne pense pas qu'il faille expliquer les différences des statistiques par l'inégalité de la répartition de la blennorrhagie dans les quartiers en question. D'ailleurs, les malades du « London Hospital » arrivent de quartiers divers. Il est d'avis que l'hydrosalpingite et la pyosalpingite ne sont que deux étapes d'une même maladie. Si l'observation ultérieure confirme cette idée, si, de plus, il est nettement établi que la mortalité de la pyosalpingite atteint 40 p. 0/0, la légitimité de l'extirpation des trompes dilatées ne pourra plus être contestée. (British med. Journ. Mai 1887.)

Dr R. Labusquière.

REVUE DES JOURNAUX

Dysménorrhée membraneuse chez une vierge. Dilatation forcée, discission du col, curettage. Guérison. Dr Walton. — Le cas dont il s'agit a fourni à l'auteur l'occasion d'une étude très complète de la dysménorrhée membraneuse. Mais en dehors de cette étude, dans laquelle il a rappelé, tout en émettant son appréciation personnelle, les opinions des gynécologues les plus compétents, l'observation présente un triple intérêt : a) *Extrême rareté de la dysménorrhée membraneuse chez la femme vierge;* b) *Méthode de traitement adoptée*; c) *Excellence du résultat obtenu.*

Mlle X..., est âgée de 24 ans, vierge; l'état de virginité, outre la garantie offerte par les conditions sociales dans lesquelles a vécu cette personne, est formellement prouvée par l'examen de la membrane hymenéale, qui, intacte, dépourvue de caroncules myrtiformes, ne présente qu'un très petit orifice. Menstruée régulièrement dès l'âge de 14 ans, Mlle X..., éprouve à chaque éruption menstruelle des douleurs atroces, qui peu à peu ont altéré un organisme admirablement développé, une santé jadis parfaite. La perte menstru-

elle s'accompagne d'expulsion de membranes dont plusieurs lambeaux, examinés sous l'eau, ont présenté une surface lisse et une surface manifestement villeuse. L'examen histologique n'a pas encore était fait, mais l'auteur est convaincu qu'il s'agit bien de portions de muqueuse utérine. Dans l'intervalle intermenstruel, il existe une leucorrhée légère.

Diagnostic : *Endométrite exfoliante* (suivant l'expression proposée par M. Martineau, que l'auteur juge également devoir être substituée à l'ancienne dénomination), *compliquée d'un certain degré de sténose du col.*

D'où, sous le rapport du traitement, une double indication : a) *Détruire la sténose pour assurer le libre écoulement des règles*; b) *Guérir l'endométrite pour empêcher la reproduction de membranes.*

L'auteur décrit de la manière suivante l'opération qui fut faite le 28 juillet 1886.

« La patiente placée sur la table fauteuil de Schobert (Munich) fut plongée dans la narcose par les soins de M. le Dr Titeca.

En me servant d'un petit spéculum de Rothe et distendant graduellement la membrane hymen pour en éviter la déchirure complète, je parvins à mettre le col suffisamment en vue pour en faire la dilatation forcée à l'aide de ma série de dilatateurs métalliques à écartement. La cavité utérine fut ensuite *vigoureusement raclée* à l'aide de la curette mousse de Sims. Irrigation phéniquée intra-utérine, discission de l'orifice externe du col à l'aide des ciseaux métrotomes de Küchenmeister, pour s'oposer au retour de la sténose; introduction dans la cavité utérine d'une mèche d'ouate imbibée de teinture d'iode; application entre les surfaces cruentées du col d'un petit tamponnet d'ouate saturée de perchlorure de fer et fortement exprimée, tampons vaginaux d'ouate iodoformée trempés dans de la glycérine phéniquée. Le traitement consécutif a consisté en injections intra-utérines phéniquées; renouvellement, pendant les premiers jours, de la mèche à la teinture d'iode et tampons vaginaux saturés de glycérolé d'iodoforme ; le tout pratiqué à l'aide du spéculum pour vierges de Cusco.

Suites opératoires : « La première époque des règles qui suivit l'opération se passa, comme d'habitude après le curettage, sans écoulement menstruel. A l'époque suivante, les règles reparurent mais sans la moindre douleur et sans évacuation de lambeaux de

muqueuse. Depuis lors les menstrues se montrent normales et indolores, les forces reprennent, les couleurs reviennent, l'appétit est meilleur, les formes s'arrondissent, bref la santé est et reste parfaite. Résumant maintenant les idées exprimées par l'auteur, nous dirons : dans l'affection caractérisée par l'expulsion, à chaque éruption menstruelle de portions de muqueuse utérine, il y a toujours endométrite, mais le syndrôme dysménorrhée peut manquer. Quand il y a dysménorrhée, elle est le plus souvent justifiable de la dilatation. L'auteur se prononce en faveur de la *dilatation forcée*, qu'on réalise au moyen de dilatateurs métalliques à branches divergentes. Dans certains cas, la discission de l'orifice externe peut être nécessaire si l'on veut assurer la *perméabilité permanente* du col.

Contre l'endométrite, le curettage de la matrice, consacré depuis longtemps déjà en Allemagne par des succès qui ne se comptent plus, constitue une méthode efficace de traitement.

Tout opérateur prudent, exercé, à condition qu'il entoure son intervention des précautions antiseptiques les plus rigoureuses, est en droit d'espérer les résultats les plus satisfaisants. (Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège. Avril 1887.)

Dix cas de section abdominale, Dr J. Price (Philadelphie). — L'auteur fait suivre la relation de ces dix cas des commentaires suivants.

Six fois on fit le drainage. Sans cela, il est fort probable que les opérées seraient mortes, en dépit d'une toilette minutieuse du péritoine. Il faut à tout prix empêcher la stagnation de liquides dans le bassin ou dans n'importe quels autres points de la cavité abdominale. Quant il s'agit surtout de péritonites purulentes, il faut assurer le drainage et tâcher qu'il soit complet. La boutade de Keith. « *Il semble qu'il soit tout simplement impossible de tuer une femme, quelle que puisse être la masse putride laissée dans le bassin* », trouve peut-être sa justification en Angleterre mais non en Amérique.

Un auteur et professeur éminent est allé à l'étranger, dans le but de comparer les méthodes, « afin de tâcher d'expliquer pourquoi on n'a pas encore obtenu en Amérique l'énorme proportion de succès obtenus par les meilleurs opérateurs, à l'étranger ». Or, je puis avancer, sans crainte d'une réfutation victorieuse,

qu'une étude attentive de l'œuvre des chirurgiens américains ne montre pas des résultats inférieurs à ceux des opérateurs étrangers.

A une seule exception près, celle de M. L. Tait, les succès des chirurgiens américains soutiennent le parallèle avec ceux des chirurgiens du continent, s'ils ne leur sont pas supérieurs. Les succès de Tait sont merveilleux, extraordinaires ! Mais, parmi les chirurgiens américains, il en est qui ont une mortalité minime. Dans sa première série de 100 opérations, dans lesquelles il ne s'agit pas de cas choisis, Homans (Boston) perdit 13 opérées. Il a eu une série de 36 guérisons. Homans a dit « *c'est là tout ce que je puis faire, à moins que je ne refuse d'opérer les cas désespérés* ». Dr R. Battey rapporte une série de 70 cas, avec 68 guérisons et 2 morts. Thomas (New-York), Drysdale et Goodell (Philadelphie) ont également un chiffre de mortalité très faible.

Plus de la moitié de mes sections abdominales ont été faites parce qu'il y avait du pus dans le ventre, et, jamais à l'avenir, « *je ne laisserai une péritonite aboutir à la mort sans avoir au moins proposé la section abdominale comme étant l'intervention indiquée* ».

Un mot du Listérisme, puisqu'on l'applique avec une véritable fureur ! Emmet raconte qu'il a « *entendu Lister lui-même déclarer qu'il y avait en Allemagne un partisan si convaincu de sa doctrine et si consciencieux que lui et son assistant ne manquaient jamais, avant toute opération importante, de se laver la tête avec des solutions phéniquées et de la brosser vigoureusement avec des brosses à ongles* ». L'auteur termine en déclarant qu'il met toute sa confiance dans l'observation d'une propreté absolue. Il rappelle à ce sujet l'œuvre parallèle et contradictoire, des deux habiles chirurgiens du « *Samaritan free hospital for women and children* ». Mais nous ne saurions mieux faire que de renvoyer nos lecteurs à l'article intéressant publié sur ce sujet par M. H. Varnier dans l'avant-dernier numéro des Annales (1). (New-York med. Journal, 5 mars 1887).

Primipare albuminurique au 7e mois de la grossesse ; anasarque, insuccès du régime lacté. Accouchement prématuré artificiel ; expul-

(1) Vid. in Ann. de Gyn. et d'Obstétrique, p. 275 et seq. Avril 1887.

sion spontanée d'un enfant vivant. Suites heureuses pour la mère et pour l'enfant. Pr. Charles. — X..... âgée de 40 ans, grande, maigre, pâle, a été menstruée à 15 ans, règles régulières, durant 5-6 jours. Elle est enceinte, de 7 mois environ. Jusqu'à 6 mois, évolution normale de la grossesse. Il y a un mois, apparition de l'anasarque qui a envahi successivement les pieds, les jambes, les cuisses, les organes génitaux..... Dès ce moment, on reconnaît la présence dans l'urine d'une quantité considérable d'albumine et on recommande à la femme le régime lacté exclusif. « La malade, est-il écrit dans l'observation, s'est conformée *assez exactement* (1) à la prescription qui lui a été faite ». 8 jours de ce traitement n'amènent pas d'amélioration. Loin de là, anasarque et albuminurie ont augmenté. La femme entre à la Maternité (30 mars).

Examen. La palpation, très difficile en raison de l'infiltration des parois, donne des résultats peu nets; à l'auscultation, on entend les doubles battements fœtaux dans la région hypogastrique gauche et par le toucher on constate une présentation du sommet.

L'urine contient 8 grammes d'albumine par litre.

Prescription. Deux purgatifs qui amènent des selles nombreuses. Régime lacté exclusif.

31 mars. Aggravation très marquée de l'état général. Pour sauver l'enfant, dont on perçoit les doubles battements, on provoque l'accouchement, au moyen d'une sonde en caoutchouc. Début des douleurs 34 heures seulement après l'introduction de la sonde, le 1er avril à 8 heures du soir et à 9 heures écoulement d'une petite quantité de sang, la dilatation est comme une pièce de 5 francs. A 10 heures 1/4, rupture de la poche des eaux, on retire la sonde. Un quart d'heure après, expulsion de l'enfant. Délivrance

(1) Nous soulignons à dessein, parce que les mots soulignés prouvent que la prescription n'a pas été rigoureusement suivie. Or, si les partisans convaincus de l'efficacité du régime lacté comme moyen préventif des convulsions éclamptiques, permettent durant les trois premiers jours de ce régime l'addition de quelques aliments à seule fin de ne pas rendre du premier coup l'estomac intolérant, ils ne manquent pas d'insister sur la nécessité qu'il y a à instituer au plus vite la diète lactée absolue. « Les jours suivants le lait est donné *ad libitum*, sans *aucun autre aliment*, sans *aucune autre boisson*. Le régime lacté, en un mot, doit être absolu; *quand il est mitigé, il reste inefficace.* » Traité de l'art des accouchements. Tarnier et Budin. T. II, p. 142.

naturelle 1/4 d'heure plus tard. L'enfant en état d'asphyxie est bien ranimé, au bout d'une demi-heure de respiration artificielle pratiquée bouche à bouche. Pendant 6 jours environ, la femme est maintenue au régime lacté exclusif. Mais, devant l'apparition d'un catarrhe gastro-intestinal intense et la grande faiblesse de l'accouchée, on se départit de la sévérité de la prescription. Progressivement, on permet le bouillon, les œufs, la viande et enfin, la mère et l'enfant quittent la clinique, en bon état le 18 avril.

« Il est certain, dit le prof. Charles, que, d'une façon générale, l'albuminurie seule n'autorise pas la provocation du travail ; mais si elle est accompagnée d'un œdème considérable, si, en dépit des moyens employés, les symptômes précurseurs de l'éclampsie persistent, s'aggravent même, nous estimons qu'une intervention obstétricale est permise et parfaitement indiquée. Il est à craindre en effet que les troubles ne s'accentuent, que l'état hydrémique n'aille en augmentant, que la constitution de la femme ne s'altère de plus en plus, que les lésions rénales ne deviennent plus profondes et plus irrémédiables, qu'alors, au moment du travail, l'éclampsie ne se manifeste sous une de ses formes les plus graves ; la conséquence en serait la mort de l'enfant et probablement aussi celle de la mère » (Journ. d'accouchements, N° 8, 1887).

BIBLIOGRAPHIE

La pratique des maladies des femmes, par Th. A. Emmet. Traduction française par Ad. Olivier (1). — Nous nous étions proposé de faire une analyse circonstanciée de l'œuvre du gynécologue américain. Mais en voyant le long défilé des chapitres, en constatant le nombre, la variété et l'importance des sujets traités, nous avons dû abandonner cette idée. Cette œuvre est en effet trop considérable pour qu'il soit possible d'en enfermer, même le simple canevas, dans une analyse réduite à des limites que nous ne saurions dépasser ici. L'ouvrage ne comprend pas moins de 51 chapitres, dont plusieurs contiennent une étude complète des questions principales de la gynécologie. Rapports du climat, de l'éducation et des conditions sociales avec le développement; causes

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

directes et réflexes des maladies; principes du traitement général; principes du traitement local; ovulation et menstruation; anomalies de la menstruation, hématocèle pelvienne, déchirure du périnée, du col; maladies des trompes, des ovaires; ovariotomie;..... cystite; la pierre dans la vessie et les uretères; etc....., etc..... C'est, somme toute, un traité complet de gynécologie, de gynécologie opératoire surtout, réflétant bien les grands progrès réalisés dans ce sens depuis ces dernières années.

Il est inutile de signaler les chapitres relatifs à la déchirure du col, aux déchirures du périnée, aux fistules vésico-vaginales... Tout le monde sait que c'est principalement aux perfectionnements, aux innovations apportées dans le traitement de ces différents états pathologiques que s'attache le nom d'Emmet. La déchirure du col et l'opération destinée à la guérir en même temps qu'une série nombreuse, inattendue de troubles réflexes, sont l'objet de développements aussi étendus qu'intéressants. Mais on n'ignore pas qu'Emmet a été un des premiers à protester contre l'abus que d'autres ont fait de cette opération, qui, efficace, souveraine dans des conditions bien déterminées peut devenir dangereuse, quand on y a recours d'une façon peu judicieuse.

En dehors de ce chapitre, il en est deux autres particulièrement intéressants; ceux relatifs aux maladies de l'urèthre et de la vessie. Là encore se révèlent l'originalité, l'esprit d'initiative, les ressources multiples du gynécologue américain. *Exploration du canal de l'urèthre à l'aide d'une fistule établie à la paroi inférieure; Traitement des cystites et des cystalgies par la section vésico-vaginale du bas-fond de la vessie*, sont là des opérations qui lui ont valu des guérisons presque inespérées et que semblent devoir sanctionner aujourd'hui ceux qui s'occupent plus spécialement des maladies des voies urinaires.

Dirons-nous après cela que l'œuvre, dans son exposition du moins, car nous n'avons pas ni le droit ni la compétence nécessaires pour la juger autrement, est parfaite? Non. Nous pensons en effet que certaines descriptions auraient beaucoup gagné en clarté si elles avaient été accompagnées d'un plus grand nombre de figures. Il est en particulier certains diagrammes, relatifs à des sujets fort intéressants, qui exigeront sans doute des lecteurs quelque effort, un peu ou beaucoup de patience pour les interpréter. Certes les médecins initiés aux opérations gynécologiques ne

se heurteront pas à ces difficultés; mais l'ouvrage ne s'adresse pas seulement aux spécialistes et les praticiens ordinaires ont beaucoup à y glaner. L'exposition est peut-être aussi un peu trop embarrassée de citations, parfois longues. On voit bien qu'Emmet les fait concourir à la démonstration de points auxquels il tient : nous pensons toutefois qu'elles sont mieux à leur place dans des monographies traitant d'opérations isolées, que dans une œuvre d'ensemble qui doit embrasser un si grand nombre de sujets.

En tout cas, ce que nous devons dire, c'est qu'il n'est pas besoin de pénétrer bien avant dans sa lecture pour constater qu'il s'agit d'une œuvre très personnelle. Il est des chapitres qui n'ont pu être écrits que par un homme pourvu d'une longue et bonne expérience, et rompu à toutes les difficultés et les surprises que réserve la pratique de la gynécologie. Aussi, à côté de cet esprit d'initiative reconnue à Emmet, trouvons nous un esprit avisé et prudent qu'ici du moins on ne lui reconnaissait peut-être pas assez. Cet esprit de prudence trouve son explication dans ces deux phrases : « *l'utérus est parfois d'une tolérance extrême, tandis qu'en d'autres circonstances les résultats les plus désastreux suivent la plus faible provocation. La péritonite peut être déterminée par l'introduction la mieux faite de la sonde dans le canal utérin, et j'ai vu, sous mes yeux, la mort survenir en quelques jours par péritonite après la torsion d'un polype muqueux* », phrases qui sont bien l'équivalent de la formule de Pajot : « *Il y a des utérus qui ne supportent rien, il y en a qui supportent tout* ».

On sait que les partisans décidés de la thérapeutique intra-utérine (métrite, rétention du placenta, avortements incomplets), trouvent dans ces phrases une preuve de timidité, qu'ils expliquent en particulier les revers de jadis par l'absence de la méthode antiseptique, ceux d'aujourd'hui par l'oubli de certains détails dans l'application de cette méthode, par la méconnaissance de certaines contre-indications (péri-métrite, para-métrite...).

Dans quel camp se tient la vérité? Qui pourrait se prononcer en présence d'opinions aussi catégoriques que contradictoires, sans avoir acquis soi-même une opinion personnelle au prix d'une longue pratique?

Les uns ont de nombreux faits devers eux, les autres en accumulent de contradictoires. Et de cette opposition est sortie une poussée de travail qui portera sans doute des fruits.

Emmet dit ce qu'il a vu, interprète ce qu'il a vu quand l'explication lui apparaît nette, et laisse à d'autres le soin de trouver cette explication sans s'embarrasser de théories, d'hypothèses, pour peu qu'hypothèses et théories lui semblent hasardées. Son livre renferme de nombreux tableaux qu'il fait servir à l'histoire des maladies. Age moyen, durée moyenne de la menstruation, régularité de la menstruation par rapport à l'âge, état de la douleur pendant la menstruation, influence de l'âge, des conditions sociales, sur le développement des maladies utérines et pelviennes, fréquence des flexions,... voilà autant de questions qui trouvent dans ces données numériques des éléments de détermination précieux. Enfin, on trouve au cours de cet ouvrage, une foule d'observations instructives, parfois extrêmement curieuses et qui manquent rarement de captiver le lecteur.

En résumé, le *Traité pratique des maladies des femmes* est une œuvre considérable, marquée d'une forte empreinte personnelle, de laquelle tout praticien est à même de détourner à son profit et surtout à celui de ses clientes une part de la vaste expérience de l'auteur.

Quant au traducteur, auquel on doit la traduction récente de l'intéressant traité des « maladies des ovaires, de L. Tait », on ne peut que vivement le féliciter d'avoir, après ce premier travail, abordé si résolument et accompli à si bref délai une nouvelle tâche d'aussi longue haleine. On le remerciera aussi d'avoir ajouté à cette importante traduction, un grand nombre de notes qui consignent parfois les résultats de recherches personnelles.

Dr R. LABUSQUIÈRE.

La pratique obstétricale. — Manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par le Dr CROUZAT (Delahaye et Lecrosnier, éditeurs). — On sait quels grands services ont rendus depuis longtemps à l'enseignement de l'obstétrique les exercices pratiques sur le mannequin. Introduits pour la première fois par Chailly et Pajot dans l'enseignement médical, ils ont été depuis très perfectionnés par M. Pinard dans ses cours libres, puis importés à l'Ecole pratique de la faculté dans des conditions que beaucoup de nos lecteurs connaissent déjà.

« Dès l'année 1878, écrivait M. Farabeuf, en novembre dernier

dans l'exposé de ses titres et trav. sc. (1), j'ai été heureux de rencontrer un moniteur, M. Bar, aujourd'hui accoucheur des hôpitaux, pour organiser des manœuvres obstétricales à l'Ecole pratique. Le succès n'a fait qu'augmenter depuis cette époque, grâce aux conseils de M. Pinard et à la collaboration de MM. les professeurs et agrégés chargés de l'enseignement de l'obstétrique. Chaque année, 200 élèves instruits par le professeur ou l'agrégé sont divisés en 40 séries et manœuvrent sur le mannequin avec des fœtus naturels, sous la direction de 4 moniteurs d'obstétrique.

J'ai été plutôt l'intendant que le collaborateur de ces messieurs. Cependant, après avoir observé les travaux des élèves et suivi quelques leçons, je me suis permis de faire remarquer qu'un « *guide pour les manœuvres obstétricales* » manquait à la bibliothèque de l'étudiant. Ne pouvant l'écrire moi-même complètement, j'en ai provoqué maintes fois la publication qui enfin sera bientôt réalisée ».

Cette publication vient d'être réalisée plus tôt et autrement que ne le pensait le chef des travaux.

Comme M. Farabeuf, en effet, le D[r] Crouzat, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté, a compris l'opportunité d'un manuel de manœuvres obstétricales, et il vient de nous donner en 288 pages un précis des « manœuvres et opérations à l'amphithéâtre ».

Cet ouvrage est divisé en 2 parties.

La première comprend des notions élémentaires d'obstétrique (bassin, fœtus, présentations et positions, mécanisme de l'accouchement spontané).

La seconde renferme les manœuvres et opérations : version, forceps, crâniotomie, basiotripsie, embryotomie. Le tout est accompagné de 75 figures dont le tiers originales.

Il s'agit ici, nous dit l'auteur, non de science obstétricale mais de vulgarisation élémentaire. Il a fait de larges emprunts au Traité de l'art des accouchements de MM. Tarnier et Chantreuil, aux notes prises aux cours de M. Tarnier, à ceux de ses élèves actuellement nos maîtres et plus particulièrement à ceux du D[r] Budin. C'est dire que nous n'avons pas à critiquer le fond de l'ouvrage de M. Crouzat. Quant au plan des leçons, c'est celui qui

---

(1) Paris. A. Davy, in-4°, 1886.

s'est imposé de tout temps aux accoucheurs qui, après Chailly et Pajot, ont enseigné ce qu'on peut apprendre d'obstétrique sur le mannequin; c'est celui qu'ont suivi les organisateurs des manœuvres depuis MM. Bar et Pinard. Nous le trouvons parfait.

M. Crouzat a mis en beaucoup de points et principalement dans un appendice « sur la forme et l'axe du canal pelvi-génital » une note personnelle qu'on reconnaîtra aisément.

Les élèves qui suivent les manœuvres obstétricales sauront gré à M. Crouzat de leur avoir facilité la tâche en extrayant pour eux la médulle de l'enseignement des maîtres. Ils lui en sauront d'autant plus gré qu'ils s'apercevront vite, à la lecture, des difficultés qu'à dû entraîner la rédaction d'un livre de ce genre et du temps considérable qu'il y a fallu consacrer.

H. VARNIER.

Vient de paraître : *Leçons sur la thérapeutique de la métrite*, par le Dr L. MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, 1 brochure grand in-8° de 124 pages. Prix 3 fr. Librairie Félix ALCAN, successeur de Germer Baillière et Cie, 108, boul. Saint-Germain.

VARIÉTÉS

MM. BOISSARD, chef de clinique adjoint et BERTHOD, ancien interne de la Maternité commenceront un *cours d'accouchements* le mardi 31 mai à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, n° 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure et sera accompagné d'exercices pratiques.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire s'adresser à :

M. le Dr Boissard, 67, rue St-Lazare;

M. le Dr Berthod, 139, boulevard St-Michel.

Le gérant : A. LEBLOND.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXVII

Janvier à Juin 1887

A

B

C

D

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXVII

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XXVIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements	20 —
Pour l'Europe	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique	23 —
Pour les autres parties du monde	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr LEBLOND, 53, rue d'Hauteville, pour la partie gynécologique; à M. le Dr PINARD, 11, rue Roquépine, pour la partie obstétricale ; ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XXVIII

Contenant des travaux de MM.

BAUDIER, BOISSARIE, A. BROCA, CHALOT, CORDES,
L. DUMAS, LEBLOND, RIBEMONT-DESSAIGNES, RIVIÈRE, ROUVIER,
TERRILLON, VARNIER.

1887
(2e SEMESTRE)

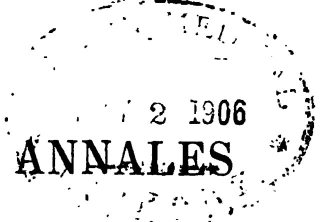
PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1887


MEDICAL
MAY 2 1906
LIBRARY.



ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CLINIQUE SUR L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Docteur **Rivière**, Chef de Clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Preuves positives. — Les preuves positives sont tout aussi concluantes. MM. Léopold et Wessel (2) à la Clinique de Dresde, pour établir le rôle des gonococcus dans la transmission de l'ophthalmie ont examiné les produits de sécrétion de 18 femmes; le gonococcus ne fut trouvé que chez une de ces femmes. Aucun des 18 nouveau-nés ne fut soumis au traitement prophylactique, et seul l'enfant de la femme à gonococcus présenta au troisième jour, une ophthalmie type. Et cette femme, dont la sécrétion vaginale renfermait encore, trois semaines après l'accouchement, de très nombreux go-

(1) Mémoire couronné (médaille d'or de 500 francs) par la Société protectrice de l'Enfance de Paris, 1887. Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juin 1887.

(2) Léopold et Wessel. Archiv. für Gynæk. Band XXIV, Heft I.

noccus, infecta avec les mains, un enfant âgé de 21 jours, auquel elle avait donné le sein sans permission.

M. Von Tischendorf (1) de Hambourg, à la réunion des naturalistes et médecins allemands tenue à Magdebourg du 18 au 25 septembre 1884, rapporte avoir vu survenir chez des petites filles atteintes de scarlatine ou immobilisées dans des appareils à extension, des écoulements vaginaux dont il ne s'explique pas du reste l'origine. La sécrétion vaginale dans ces cas, renfermait des gonoccus en nombre extraordinaire. Quelques gouttes de ce pus, inoculées à plusieurs nouveau-nés athrepsiques dont le pronostic fatal ne laissait aucun doute, déterminèrent dans tous les cas une ophthalmie purulente absolument caractérisée.

M. Hubscher (2) a pu suivre, dans un grand nombre de cas, à l'aide de préparations microscopiques, la marche de l'affection sous l'influence du traitement. Avant toute intervention et alors que l'ophthalmie était dans toute sa puissance, on pouvait voir les cellules épithéliales et les noyaux de leucocytes comme farcis de gonococcus. Dès le lendemain, après les soins classiques donnés à ces yeux, l'inflammation avait considérablement diminué ; les paupières n'offraient plus ce gonflement énorme qu'elles présentaient la veille ; la sécrétion moins abondante était déjà plus séreuse. Le microscope montrait d'autre part que le nombre de gonococcus avait considérablement diminué ; qu'ils n'étaient plus groupés dans la préparation mais épars çà et là, au milieu des détritus cellulaires.

Le traitement continuant à être appliqué avec rigueur, les phénomènes réactionnels s'amendent progressivement et le microscope laisse constater, parallèlement, la disparition graduelle et régulière des germes infectieux. Dès le quatrième jour, ils sont déjà rares ; au sixième, on n'en trouve plus. Dès le quatrième jour aussi, on peut s'assurer que tout danger

(1) VON TISCHENDORF. Archiv. für Gynæk. Band XXIV, Heft I.

(2) HUBSCHER. Archives d'ophthalmologie, 1885.

a disparu et que la nature reprenant le dessus, s'occupe avec ardeur à réparer les désordres occasionnés par la présence des gonococcus. N'est-ce pas là une preuve positive de l'influence du gonococcus vaginal sur la production et la marche de l'ophthalmie purulente ?

Une autre preuve encore peut ressortir de l'analogie qui existe entre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés et l'ophthalmie blennorrhagique des adultes. Il n'est plus à démontrer aujourd'hui que ce pus est seul susceptible de déterminer chez l'adulte une ophthalmie rapidement grave alors que du pus, d'apparence semblable mais de bonne nature et provenant d'un abcès de la cuisse ou d'une autre région, n'amènera même pas de phénomène réactionnel dans l'œil mis en expérience.

Reste enfin la preuve statistique. S'il est démontré que le gonococcus de Neisser est bien le germe spécifique de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, il doit suffire de détruire ce germe pour s'opposer à l'éclosion de l'ophthalmie, ou, si l'affection est déjà déclarée, pour l'empêcher d'amener les graves désordres qu'elle produit quand elle est abandonnée à elle-même. Et les faits fournissent encore cette preuve. Soignée à son heure et avec des moyens appropriés, l'ophthalmie est toujours guérissable sans lésion cornéenne. Des 24 cas soumis à notre observation, soit à la Clinique obstétricale de la Faculté, soit en ville, aucun ne s'est accompagné de lésions de la cornée, bien que, dans un cas, nous ayons été appelé au second jour seulement chez un nouveau-né dont l'affection présentait les caractères les plus graves.

De même pour le traitement préventif. Les chiffres que nous fournissons plus loin à propos du traitement montreront qu'en se basant sur cette étiologie spécifique, on en est arrivé à faire disparaître presque complètement cette affection redoutable dans certaines maternités. Dans quelques services privilégiés, on n'en observe plus un seul cas.

Or le traitement curatif le plus efficace que l'on puisse diriger contre l'ophthalmie purulente, le traitement préventif le plus puissant qui puisse même l'empêcher de naître est tout entier basé sur l'emploi des antiseptiques. Bien plus, les antiseptiques qui fournissent les meilleurs résultats sont justement ceux auxquels les recherches de MM. Miquel et de Jalan assignent, avec l'eau oxygénée, une place prépondérante, le sublimé et le nitrate d'argent.

Ces preuves, tant négatives que positives, nous paraissent suffisamment établies pour qu'il nous soit permis de conclure qu'il existe chez le nouveau-né une forme d'ophthalmie purulente, essentiellement grave, due à la pénétration dans l'œil d'un germe spécifique, le gonococcus de Neisser.

Mais la présence du gonoccus est-elle toujours nécessaire pour que se déclare chez le nouveau-né une ophthalmie purulente?

Depuis longtemps déjà, le professeur Arlt. de Vienne admettait dans l'ophthalmie purulente deux formes distinctes, l'une bénigne, l'autre maligne, à marche beaucoup plus rapide, à conséquences beaucoup plus graves.

Plus récemment, M. Kroner (1) ayant examiné 92 cas d'ophthalmie purulente chez des nouveau-nés, ne put retrouver le gonococcus que dans 63 cas. Chez les 29 autres petits malades, il lui fut impossible de découvrir le microbe. M. Landmann, assistant de la Clinique opthalmologique de Breslau, est arrivé à des résultats concordants. Se basant sur ces observations, l'auteur en est arrivé à admettre deux formes d'ophthalmie, l'une avec gonococcus, plus grave et plus fréquente, l'autre, sans gonococcus, plus bénigne. Cette dernière, ajoute M. Kroner, est due sans doute aussi à une infection ayant sa source dans les sécrétions vaginales de la mère.

A propos d'un cas de sa pratique hospitalière, M. Abadie (2)

(1) KRONER. 57e réunion des naturalistes et médecins allemands, tenue à Magdebourg du 18 au 24 septembre 1884.

(2) ABADIE. Progrès médical, 6 déc. 1884.

appelle lui aussi l'attention sur le même fait et accepte deux formes très nettes de l'affection, l'une grave, caractérisée par la présence du gonococcus de Neisser que l'examen microscopique révèle toujours facilement ; l'autre bénigne au contraire, non infectieuse, et dans le pus de laquelle l'examen le plus attentif ne révèle jamais l'existence des gonococcus.

Mal outillé jusqu'ici pour ces recherches, nous n'avons pu nous servir des cas soumis à notre observation pour élucider ce point délicat de la question. Cependant, un examen clinique minutieux nous a permis de constater, dans nos 24 cas, une telle uniformité dans les symptômes, dans la marche rapide des accidents, dans les conditions de transmissibilité, qu'il nous paraît difficile de croire que nous ayons pu avoir affaire à deux formes différentes d'ophthalmie. C'est du reste là encore un point à éclaircir.

En tous cas, si le pus de l'ophthalmie bénigne ne contient pas le gonococcus, on ne peut nier que la conjonctive du nouveau-né ne constitue alors un terrain éminemment favorable au germe spécifique que la contagion peut si facilement faire arriver jusqu'à elle.

La présence du gonococcus de Neisser dans la sécrétion vaginale nous paraît donc absolument nécessaire pour que se produise chez le nouveau-né l'ophthalmie purulente vraie, avec ses symptômes si caractéristiques, avec ses conséquences si rapidement désastreuses.

Or, avons-nous dit, la femme peut être atteinte de deux affections vaginales, *la blennorrhagie et la leucorrhée*, qui toutes deux de nature inflammatoire, s'accompagnent l'une et l'autre d'un écoulement plus ou moins abondant considéré depuis longtemps comme la cause déterminante de l'ophthalmie des nouveau-nés

Puisque la présence du gonococcus dans l'œil du nouveau né est indispensable pour caractériser l'ophthalmie vraie, la question est de savoir si ce coccus est spécifique de la blennorrhagie et celle-ci alors seule capable de provoquer l'oph-

thalmie, ou s'il se retrouve aussi dans l'écoulement leucorrhéique.

Pour beaucoup d'auteurs, la spécificité du gonococcus de Neisser dans la blennorrhagie est admise sans conteste. Déjà, avant la découverte de ce microbe, Kohl et après lui Otto Haab avaient signalé dans le pus blennorrhagique la présence d'un agent virulent capable de transmettre l'affection. Mais c'est vainement que Krause l'avait inoculé soit sous la conjonctive, soit dans l'urèthre de l'homme; sur les animaux, ces inoculations n'avaient pas été plus heureuses.

Bockart et Wolf de Wurtzbourg (1) ont, de 1880 à 1883, examiné le pus de 258 malades atteints d'uréthrite aiguë ou chronique et ont, dans tous les cas, trouvé le gonococcus.

Bokaï et Bockart (2) ont, d'autre part, inoculé dans l'urèthre d'un paralytique général âgé de 46 ans et n'ayant jamais eu d'affection uréthrale, des gonococcus d'une quatrième génération cultivés dans la gélatine nutritive par M. Fehleisen. Une blennorrhagie type en résulta, et lorsque dix jours après, le malade mourut, l'autopsie révéla tous les signes caractéristiques de l'affection ; on retrouva des gonococcus dans le canal, dans la vessie et jusque dans le rein droit atteint lui-même de néphrite purulente.

De même, les essais d'inoculation de Wellander avec des sécrétions ne contenant pas de gonococcus lui ont donné des résultats négatifs tandis qu'une inoculation de pus avec gonococcus pris sur une femme produisit chez un homme une blennorrhagie type.

Aussi M. Crédé (3) ne croit-il pas que l'ophthalmie purulente puisse être produite par une sécrétion catarrhale simple du vagin ; un virus spécifique principalement sécrété par la vaginite granuleuse lui paraît nécessaire. M. Kroner est aussi d'avis que toute ophthalmie avec gonococcus est imputable à une infection blennorrhagique.

(1) BOCKART. Wiertelgahresschrif für Dermat. und. Syph. 1883.

(2) In Progrès médical, 1884.

(3) CRÉDÉ. In Archives d'ophthalmologie, 1883.

Cependant la spécificité blennorrhagique n'est pas encore admise par tous les auteurs. Sternberg (1) par exemple, ayant fait des cultures de ce microbe, en imbiba de petits tampons et les introduisit dans l'urèthre d'hommes sains, sans qu'il en résultât aucune inflammation. M. Gama Pinto (2) soutient que le gonococcus est un parasite de l'air ambiant qui végète et ne se reproduit dans le pus blennorrhagique que parce qu'il y trouve des conditions favorables de développement. MM. Cornil et Babes (3) ne sont pas encore absolument convaincus, car ils disent : « ... On en a fait des cultures qui, inoculées dans l'urèthre, *paraissent* avoir reproduit la gonorrhée.

Il est enfin, au point de vue qui nous occupe, quelques faits cliniques qui ne manquent pas de valeur pour nous permettre de faire encore quelques réserves au sujet de la nature blennorrhagique de l'ophthalmie purulente à gonococcus.

En 1882 en effet, M. Schirmer (4) publia un cas d'ophthalmie des nouveau-nés chez un enfant de six jours contaminé par la pénétration du liquide lochial dans les yeux. La mère était absolument saine et indemne de toute affection vénérienne. L'enfant fut traité par le professeur Sättler qui examina le liquide lochial et y constata la présence du gonococcus de Neisser.

Nous avons montré précédemment que M. Von Tischendorf avait vu, à l'hôpital de Hambourg, des petites filles atteintes de scarlatine ou immobilisées dans des appareils à extension être affectées d'écoulements vaginaux qui ne pouvaient être de nature vénérienne. Et cependant la sécrétion vaginale de ces enfants renfermait des gonococcus en nombre considérable et les inoculations tentées avec ce pus sur des nouveau-nés produisirent de toutes pièces des ophthalmies types.

(1) STERNBERG. The medical News, janvier et mars 1883.

(2) GAMA PINTO. A medecina contemporanea, 8 et 15 juin 1884.

(3) CORNIL et BABES. *Les Bactéries et leur rôle*, etc., p. 114.

(4) SCHIRMER. In Arch. für Gynæk: Band XXII.

M. Leszinski (1) rapporte encore une épidémie d'ophthalmie purulente dans un orphelinat de New-York. Plusieurs fillettes, affectées de leucorrhée profuse de nature scrofuleuse, avec prurit excessif, furent atteintes d'ophthalmie et communiquèrent bientôt l'affection à ceux qui les entouraient; 22 enfants, dont 4 garçons, furent ainsi contaminés et chez plusieurs, la cornée fut intéressée.

Enfin, chez la femme enceinte, la recherche du gonococcus est souvent couronnée de succès. Ainsi Oppenheimer l'a trouvé 38 fois sur 108 femmes enceintes examinées par lui; M. Haussmann l'y a découvert 37 fois sur 100. En se plaçant pour cet examen dans des conditions favorables, on le retrouve donc dans plus du tiers des cas. Or, même en tenant compte du milieu spécial, Hospices, Maternités, dans lequel ces recherches ont pu être pratiquées, il nous paraît difficile d'admettre que plus d'une femme grosse sur trois soit atteinte de blennorrhagie, proportion cependant qui s'impose si la spécificité du gonococcus est admise.

Il y a, il est vrai, entre ces deux affections des nuances si délicates qu'il n'est pas toujours facile de faire entre elles un diagnostic précis : « la grande difficulté de diagnostic, dit M. de Sinety (2) à propos des vaginites, réside dans la nature de l'affection elle-même. A-t-on affaire à une vaginite blennorrhagique ou à une vaginite simple ? Il n'y a aucun caractère certain qui permette de les différencier. Cependant la coexistence de l'uréthrite avec la vaginite rendra très probable l'origine blennorrhagique de l'affection.

Chez la femme en effet, la blennorrhagie, surtout quand elle ne s'accompagne pas d'uréthrite passe souvent inaperçue; celles qui ne prennent d'elles que des soins peu minutieux, croient à une simple leucorrhée et, ne lui faisant subir aucun traitement, la voient bientôt passer à l'état chronique, s'atténuer et ne se traduire que par un écoulement dont la nature ne tarde pas à devenir impossible à préciser.

(1) Leszinski. New York med. Journal, 27 mars 1886.

(2) De Sinety. *Manuel pratique de gynécologie*, p. 156.

Nous ne croyons pas pouvoir, malgré tout, accepter que seule, la femme affectée de blennorrhagie soit capable de contaminer son enfant. Jusqu'à nouvel ordre, la leucorrhée nous paraît jouer dans cette question étiologique un rôle important. Tout au plus pourrions-nous admettre que le gonococcus, trouvant dans un vagin blennorrhagique un terrain de culture favorable s'y développât plus facilement et que les chances de contamination pour le nouveau-né fussent ainsi rendues plus grandes. Plus peut-être que tous les autres microbes, les microbes infectieux ont des milieux de culture bien définis (1). A ce propos, un fait intéressant est signalé par M. Bumm (2) dans les périodes tardives de la blennorrhagie à rechute, la multiplication du gonococcus dépend en partie de la quantité de la sécrétion de la muqueuse vaginale. L'augmentation notable de cette sécrétion, qu'elle qu'en soit la cause, absorption de bière par exemple, amène de suite une prolifération plus abondante du gonococcus.

Des objections à cette manière d'envisager l'étiologie de l'ophthalmie se sont produites et l'on a fait remarquer que certaines femmes dont les nouveau-nés étaient atteints d'ophthalmie, non seulement n'avaient pas de blennorrhagie, mais n'étaient même atteintes d'aucun écoulement vaginal, et que par suite on ne pouvait, dans tous les cas, établir un rappor de cause à effet entre l'ophthalmie du nouveau-né et les sécrétions vaginales.

Ainsi Coderschold, en 1832, sur 328 femmes examinées par lui, en trouva 137 seulement affectées d'écoulement ; 181 en étaient exemptes, et sur 30 enfants de ces femmes atteintes d'ophthalmie, 20 provenaient de mères ayant de la leucorrhée, 10 de celles qui n'en avaient pas.

Cunier ayant observé 140 femmes dont les nouveau-nés étaient affectés d'ophthalmie, n'en trouva que 108 qui accusassent de la leucorrhée.

---

(1) Jolyet. Leçons à la Faculté de médecine de Bordeaux, 1887.

(2) Bumm. In Atlas de microscopie clinique de Payer, traduit par de la Harpe, de Lausanne. 1887.

« Il résulte de là, dit M. Warlomont (1) que les écoulements des parties génitales sont très communs chez les femmes enceintes, que toutes celles qui en sont atteintes ne communiquent pas nécessairement l'ophthalmie à leurs enfants, qu'enfin l'ophthalmie peut survenir chez des enfants dont les mères n'avaient pas d'écoulement : *preuve que la maladie peut reconnaître d'autres causes.* Mais si l'on considère que 20 enfants sur 137, provenant de mères ayant des écoulements, ou environ 1 sur 7, ont eu l'ophthalmie, tandis que 10 seulement sur 181 ou 1 environ sur 18, provenant de mères sans écoulement, ont eu la même affection et que la proportion des premiers est près de trois fois aussi considérable que celle des seconds, on peut affirmer que le fait d'un écoulement génital de la mère est une cause très fréquente de cette maladie, bien qu'elle n'en soit pas la cause unique. »

Mais bien des femmes qui se déclarent exemptes de tout écoulement vaginal en sont cependant affectées. Ne sait-on pas combien l'affirmation d'une femme à cet égard doit être mise en doute ? Ne sait-on pas combien de femmes, soit par négligence pour leur état habituel de santé, soit dans un but intéressé quelconque, nient énergiquement être atteintes de leucorrhée et si l'on se contente de leur affirmation, la leucorrhée passe inaperçue. « Du reste, dit Stoltz (2), la leucorrhée n'est pas rare chez les femmes enceintes. Au début de la grossesse surtout, elle manque rarement de se manifester et peut être facilement expliquée par les changements qui surviennent dans les organes intéressés et surtout par la congestion dont ils sont le siège et par l'activité exaltée des sécrétions. »

Plus d'une femme a reconnu à ce signe, qui se répétait à chaque gestation, qu'elle était enceinte. Cet écoulement continue souvent pendant toute la durée de la grossesse, aug-

(1) WARLOMONT. Diction. de Dechambre. Art. Ophthalmie.

(2) STOLTZ. Dict. de Jaccoud. Art. Leucorrhée.

mente ou diminue suivant certaines influences, par exemple la fatigue et le repos et devient plus abondant à la fin où il annonce un commencement d'action de l'utérus, dans le but d'expulser son contenu. Cet écoulement est tellement fréquent parmi les femmes nubiles que Dewers a pu dire avec quelque raison que celles qui n'en sont pas affectées font exception à la règle.

Depuis deux ans que nous nous occupons de cette question, environ 650 femmes enceintes ont été examinées par nous. Bien peu d'entre elles nous ont paru absolument exemptes de tout écoulement leucorrhéique. Souvent, elles nous affirmaient n'avoir jamais eu, ni avant ni depuis leur grossesse, de pertes vaginales et il nous suffisait de regarder le linge ou d'introduire le doigt dans le vagin pour être assuré que l'affirmation de la patiente était fausse et qu'il y avait leucorrhée.

Du reste, il n'est plus nécessaire aujourd'hui, si l'on accepte la théorie microbienne que nous venons d'exposer, que les mères de tous les enfants atteints d'ophthalmie purulente aient de la leucorrhée ou de la blennorrhagie. Du moment que l'affection reconnaît comme cause déterminante la pénétration dans l'œil d'un germe spécifique, il n'est plus indispensable que l'enfant ait été directement contaminé par sa mère. Dans la pratique civile, où l'on ne trouve guère réunis plusieurs nouveau-nés, la contagion n'est possible que de nouveau-né à adulte ou enfant plus âgé. Mais dans une Maternité, les conditions les plus favorables à la contamination existent à l'état permanent. Aussi n'est-il pas besoin que toutes les accouchées soient des leucorrhéiques ou des gonorrhéiques ; il suffit que l'une d'elle ait un écoulement vaginal à gonococcus pour que, son nouveau-né étant contaminé par elle, les autres, à moins de précautions extrêmes, en soient bientôt victimes.

Aussi, lorsqu'on étudie la marche de l'ophthalmie dans un service d'accouchement, on constate que, le plus souvent, c'est sous forme épidémique qu'elle procède. Nous n'en vou-

lons d'autre preuve que l'examen des faits qui se sont passés sous nos yeux. Des 22 cas survenus dans le service du 1er novembre 1884 au 1er novembre 1886, on peut établir cinq groupes bien distincts.

Le 1er novembre 1884 accouche une femme atteinte de leucorrhée intense ; son fœtus pèse 2900 grammes. Trois jours après se déclare une ophthalmie purulente grave dont la marche n'est enrayée que tardivement à l'aide de solutions faibles de nitrate d'argent instillé dans les yeux. Bientôt surviennent dans les salles d'autres cas d'ophthalmie et, du 1er au 20 novembre, sur 17 accouchements, on a à déplorer 6 cas d'ophthalmie soit 35,29 pour 100. Ces cas se suivent de près, le tableau suivant en fait foi.

Nos.	Nos d'ordre.	Date de la naissance.	Date de l'apparition de l'ophthalmie.
1	285	1er novembre 1884	4 novembre 1884
2	287	3 —	8 —
3	289	6 —	11 —
4	297	16 —	20 —
5	299	18 —	26 —
6	302	30 —	24 —

L'épidémie s'arrête là. Le 27 décembre, l'ophthalmie débute chez un enfant de 3000 gr. né le 24 d'une mère atteinte de blennorrhagie et qui cependant avait été soumise à des injections fréquentes au sublimé. Grâce au traitement énergique immédiatement institué, la propagation ne se fait pas et le cas reste unique.

Le 24 janvier 1885, nouvelle invasion. Un enfant né du 20, pesant 2700 gr. est pris d'ophthalmie et devient le point de départ d'une nouvelle épidémie qui, sur 18 enfants nés du 20 janvier au 6 février, fait 5 victimes, soit 27,77 pour 100.

Nos.	Nos d'ordre.	Date de la naissance.	Date de l'apparition de l'ophthalmie.
8	24	21 janvier 1885	24 janvier 1885
9	25	21 —	29 —
10	35	29 —	2 février
11	36	1er février	9 —
12	42	6 —	10 —

Du 6 février au 1er mars, pas d'ophthalmie. A dater du premier mars, le traitement préventif de Crédé est appliqué dans toute sa rigueur à tous les enfants naissants et de ce jour au 17 octobre, même année, pas un seul cas d'ophthalmie ne se produit.

A cette époque, survient un fait des plus caractéristiques. Le 17 octobre, on apporte à la Clinique un enfant né dans la rue; on oublie d'instiller dans les yeux de cet enfant la solution de nitrate d'argent et trois jours après se déclare une ophthalmie purulente type dont seul un traitement très énergique eut raison. La mère et l'enfant sortent guéris le 23. On change la literie du berceau, mais, malgré les ordres donnés, on conserve les petits rideaux blancs qui l'enveloppent. Le 27, une femme accouche normalement d'un enfant de 2,800 grammes qui est placé dans le même berceau. Bien que le traitement préventif de Crédé ait été fait avec soin, cet enfant est pris au cinquième jour d'une ophthalmie purulente et dans la même semaine, deux autres enfants de la même salle, soumis aussi aux instillations sont à leur tour contaminés. Or, les gonococcus que ces trois enfants avaient pu recueillir dans le vagin maternel avaient été détruits par l'instillation préventive et chez eux l'origine de l'ophthalmie postérieure à la naissance, ne pouvait être due qu'à la contamination par les rideaux du berceau pour le premier enfant et probablement par les doigts des élèves pour les deux derniers. Tous les rideaux furent changés et l'épidémie prit fin rapidement (1).

Du mois d'octobre 1885 au mois de juillet 1886, le traitement est appliqué dans toute sa rigueur; il ne survient pas un seul cas d'ophthalmie.

Pendant le mois d'août et comme critérium, on supprime les instillations de nitrate d'argent pour essayer un autre

(1) Il ne nous a pas été possible de dresser le tableau de cette petite épidémie, les renseignements à ce sujet ayant été incomplètement recueillis sur le registre du service.

traitement. Aussitôt l'ophthalmie reparaît et du 6 août au 5 septembre 6 cas nouveaux sur 35 accouchements soit 18,85 pour 100, s'enchaînent les uns sur les autres comme le montre encore le tableau suivant :

Nos.	Nos d'ordre.	Date de la naissance.	Date de l'apparition de l'ophthalmie.
16	207	6 août 1886	10 août 1886
17	216	13 —	19 —
18	217	14 —	19 —
19	219	16 —	20 —
20	226	24 —	30 —
21	240	5 septembre	9 septembre

C'est donc bien par séries qu'ont évolué ces différents cas d'ophthalmie. Pendant un mois et plus, tous les nouveau-nés en sont indemnes. Un cas surgit et aussitôt, la contagion gagne de proche en proche, faisant, suivant les circonstances, un nombre plus ou moins grand de victimes.

Ces tableaux nous démontrent nettement qu'il n'est pas nécessaire que les mères de tous les enfants atteints d'ophthalmie purulente aient de la leucorrhée. Que l'une d'elles contamine son nouveau-né et bientôt par contagion directe, d'autres enfants en plus ou moins grand nombre sont à leur tour victimes. Les cas isolés sont exceptionnels ; autour du foyer constitué par la mère et son nouveau-né, se propage l'ophthalmie sans que les mères des autres victimes aient besoin d'être mises en cause.

Dans ces conditions, si l'on s'étonne que tous les enfants d'une même salle ne soient pas atteints tour à tour, il est facile de répondre en faisant intervenir les causes prédisposantes dont nous avons étudié la valeur au début de ce chapitre. La question de terrain contribue certainement à favoriser ou à empêcher la propagation de l'affection.

Il ne nous reste plus qu'à étudier les modes par lesquels l'ophthalmie purulente se transmet, soit de la mère au nouveau-né, soit de celui-ci à d'autres nouveau-nés ou à des adultes. En somme, l'enfant est un terrain plus ou moins

favorable au développement du germe spécifique de l'ophthalmie. Pour pénétrer jusque dans l'œil du nouveau-né, il lui faut l'aide d'un agent de transmission. C'est cet agent, multiple du reste, que nous allons nous efforcer de mettre en lumière.

La contagion est immédiate ou médiate.

I. — *La contagion immédiate* (Warlomont) est celle qui résulte de l'application sur la conjonctive du produit, pur ou étendu de la sécrétion de la muqueuse vaginale ou oculaire atteinte dejà d'ophthalmie. Comment, dans ce cas le gonococcus peut-il pénétrer dans l'œil.

1. *Contagion au passage.* — La pensée qui s'est tout d'abord offerte à l'esprit, c'est que le fœtus, au passage, puisait ce germe dans le vagin maternel. Obligé de cheminer lentement dans un canal qu'il traverse à frottement, le fœtus, recouvert d'enduit sébacé, recueille sur sa route tout ce qu'il rencontre. Les débris épithéliaux, les liquides vaginaux retenus jusque-là dans les nombreux replis de l'organe et mis alors à découvert par le déplissement des tissus, sont entraînés avec lui ; au milieu d'eux vit le gonococcus qui trouve ainsi toute facilité pour s'introduire dans les yeux du nouveau-né. Et l'on comprend alors qu'un travail prolongé outre mesure, obligeant la tête à séjourner longtemps dans le vagin, permette aux gonococcus d'envahir en plus grand nombre la conjonctive et favorise ainsi l'éclosion de l'ophthalmie.

Cette contagion au passage, admise aujourd'hui par tous, a été cependant niée. Velpeau et Vidal par exemple, se basant sur ce que le fœtus naît les yeux fermés, n'admettent pas ce mode de contamination, les yeux se trouvant abrités par l'arcade sourcillière et les paupières closes.

Mais il ne faut pas oublier les conditions dans lesquelles se fait la sortie du fœtus. Sous l'influence des contractions utérines, la tête est poussée en avant vers la vulve ; dès que cesse la contraction, la résistance du plancher élastique

périnéal l'emporte à son tour et repousse plus ou moins profondément cette tête qui semblait prête à sortir. Survient une nouvelle contraction, la tête avance encore puis recule et ainsi jusqu'à ce que, la résistance de l'orifice vaginal et du périnée définitivement vaincue, l'expulsion se complète. La tête est donc soumise à un véritable mouvement de va-et-vient dans un canal contre lequel elle frotte et il ne nous paraît pas étrange d'admettre que, dans ce mouvement, les paupières ne soient soulevées et puisent dans le vagin les germes nécessaires à l'infection. Et même cette occlusion peut-elle être assez complète pour empêcher que le liquide vaginal, se logeant d'abord dans le sillon interpalpébral, ne pénètre ensuite dans l'œil, sous l'influence de la forte pression à laquelle la tête est alors soumise?

Les résultats obtenus par Olshausen nous paraissent plaider en faveur de cette hypothèse. Cet auteur en effet eut l'idée de pratiquer la désinfection des yeux de l'enfant au moment même où la tête apparaissait à la vulve. Il vit dans ces conditions la proportion des ophthalmies descendre de 12,5 à 3,6 pour 100. Or, si ce traitement ainsi pratiqué à la sortie même de la vulve a pu abaisser la proportion d'ophthalmie d'une façon aussi notable, c'est qu'évidemment, à ce moment, la contamination est déjà opérée. Si en effet cette contamination ne se faisait qu'après l'expulsion définitive du fœtus, ce n'est pas un traitement pratiqué avant même la contamination qui aurait pu modifier si heureusement la statistique de cet auteur.

Du reste ce n'est pas là le seul mode de contagion dont le nouveau-né puisse être victime. En admettant même l'impossibilité pour lui, pendant son passage à travers le vagin d'ouvrir les paupières et d'y recueillir les gonococcus, ceux-ci peuvent se déposer à la surface des paupières et sur leur bord libre. Or qu'arrive-t-il chez l'adulte lorsqu'un insecte ou un grain de poussière vient heurter la cornée? Instinctivement il ferme les yeux et grâce à ce mouvement involontaire, enferme l'ennemi dans la place, et a souvent de la peine

à s'en débarrasser. Ne peut-il en être de même chez le nouveau-né ? Au moment où la lumière frappe ses yeux, étonné de cette sensation si nouvelle pour lui, il les referme vivement et fait pénétrer dans l'œil les germes simplement déposés au dehors. Ce mécanisme est encore favorisé par l'absence presque complète de sécrétion lacrymale au moment de la naissance. Cette sécheresse relative facilite l'accès des germes contagieux et favorise leur séjour, tandis que, chez l'adulte, la sécrétion lacrymale qu'exagère du reste la présence du corps étranger, tend à l'entraîner au dehors.

2. *Contagion par les soins de toilette.* — Si enfin le nouveau-né a, jusqu'à ce moment, échappé à la contagion, il peut encore en être victime peu d'instants après sa naissance. Au moment de son expulsion hors des parties maternelles, il est recouvert d'un enduit sébacé plus ou moins abondant dont il est quelquefois difficile de le débarrasser. Pour y arriver, on le plonge dans un bain chaud et à l'aide des mains, d'un linge et surtout d'une éponge, on lotionne soigneusement toutes les parties de son corps ; la face n'échappe pas à ce nettoyage. Or cet enduit sébacé constitue au fœtus une surface visqueuse sur laquelle, pendant son passage, viennent se fixer tous les germes attachés aux parois vaginales. Grâce aux lotions, ces micrococcus sont amenés par l'éponge au contact des yeux qu'ils vont évidemment contaminer Olshausen, par ses instillations préventives au sortir de la. vulve a pu faire tomber la proportion de 12,5 à 3,6 pour 100 ; ces 3,6 pour 100 reconnaissaient certainement pour origine le mode de contamination que nous venons d'étudier.

3. *Contagion par intermédiaire de nouveau-nés déjà atteints.* — Mais la contagion peut venir d'une autre source que le vagin maternel. Qu'il y ait dans une salle de Maternité un seul enfant atteint d'ophthalmie, il constitue aussitôt si on n'y prend garde, un foyer d'épidémie. Cet enfant sera comme les autres, lavé, pansé, maillotté par des gardes ou

des élèves dont les doigts vont fatalement se charger de germes. Si alors de minutieuses précautions antiseptiques ne sont pas prises, et l'on sait s'il est difficile de les imposer à un personnel nombreux et varié, la transmission par les doigts sera presque certaine.

4. *Contagion par objets de toilette.* — La même eau servira souvent au nettoyage de plusieurs enfants ; saturée de gonococcus, elle en déposera sur toutes les parties du corps ; les yeux n'échapperont pas à cette répartition.

Enfin il n'est pas d'objet qui ne puisse servir de véhicule, les éponges dans les Maternités qui les emploient encore, les linges de pansement, les tabliers des élèves, les corps gras, cérat, huile ou vaseline destinés au pansement du cordon. Tout est danger.

5. *Contagion par objets de literie.* — Nous n'aurions garde d'oublier les objets de literie, les couches, les rideaux surtout. A la clinique, les lits des femmes accouchées sont dépourvus de rideaux, mais les berceaux en sont tous entourés. Souvent, pour préserver les enfants du froid et surtout des fameux courants d'air, les mères ont le tort de leur ramener les rideaux jusque sur la figure. La contamination devient facile et se fait justement par l'intermédiaire de ces mêmes rideaux destinés dans l'esprit de la mère à éviter la cause vulgaire de l'ophthalmie, le coup de froid.

Nous avons rapporté plus haut le fait si instructif de cet enfant qui, placé dans le berceau où quelques jours auparavant avait été couché un nouveau-né atteint d'ophthalmie, avait certainement été contaminé par les rideaux, seule partie du berceau qui n'eût pas été changée. Deux autres enfants de la même salle furent en même temps infectés, probablement par les doigts ou les linges des élèves.

Cette source de contagion doit aujourd'hui disparaître presque complètement sinon tout à fait; notre statistique en donnera la preuve. Si donc il n'y a plus d'ophthalmie dans les

salles, la source de contage, on le comprend, est de fait supprimée et l'ophthalmie rendue impossible, sauf dans les cas accidentels où l'instillation préventive aurait pu être omise.

Dans la pratique civile, les chances de contamination de nouveau-né à nouveau-né sont, nous l'avons dit, exceptionnelles. Mais on ne saurait oublier que l'ophthalmie peut, du nouveau-né être transmise directement soit aux enfants plus âgés soit aux adultes ; on ne saurait non plus méconnaître que la gravité de cette affection, ainsi greffée sur un terrain qui ne lui est pas familier, présente toujours un pronostic très grave.

Les modes de contagion sont du reste identiques. Tous les objets qui approchent le nouveau-né et sont mis en contact avec lui peuvent servir d'intermédiaire, d'autant mieux que les parents, inconscients du danger qu'ils courent ne prennent pour l'éviter aucune précaution. Les doigts qui pansent l'enfant, les linges et éponges employés à sa toilette, les vêtements qui le couvrent et jusqu'aux caresses qu'on lui prodigue tout devient agent de transmission et peut ainsi, dans une famille, faire d'affreux ravages.

6. *Contagion pendant les suites de couches.* — Supposons enfin le nouveau-né préservé de la contamination au passage, mis à l'abri des germes ambiants par des précautions scrupuleuses durant les pansements, la mère, pendant ses suites de couches, ne peut-elle pas encore contaminer elle-même son enfant ou celui de ses voisines? Léopold et Wessel rapportent en effet, qu'une femme avait pu infecter avec les mains un enfant âgé de 21 jours, auquel elle avait donné le sein. La sécrétion vaginale de cette femme, examinée avant les couches, renfermait de nombreux gonococcus ; l'examen à nouveau pratiqué après la contamination de l'enfant permit d'y retrouver un nombre considérable de gonococcus.

Peut on conclure de ce fait que la femme accouchée peut contaminer son enfant pendant la période des suites de couches ? Nous ne le croyons pas. Dans le fait signalé par

Léopold et Wessel, c'est au bout de trois semaines seulement que la femme, en allaitant un enfant de 21 jours, a provoqué chez ce dernier une ophthalmie purulente type. Or, après trois semaines, les lochies ont cessé ou à peu près de couler, le vagin a repris pour ainsi dire le cours de son existence normale et les gonococcus ont pu y repulluler sans obstacle. Tandis que pendant les deux premières, mais surtout pendant la première semaine des suites de couches, la sécrétion lochiale est abondante, elle s'écoule constamment de la vulve et ne peut avoir le temps de se charger de gonococcus. Zweifel, nous l'avons vu, a pu instiller impunément dans l'œil de nouveau-nés de la sécrétion lochiale des premiers jours. D'autre part, les injections vaginales antiseptiques, que prennent journellement la plupart des femmes accouchées doivent contribuer aussi à empêcher le gonococcus de se retrouver en abondance suffisante dans le vagin. Du reste les faits cliniques sont là pour prouver ce que nous avançons. A la Clinique obstétricale en effet, depuis le 1er mars 1885, il ne s'est pas produit un seul cas d'ophthalmie, sauf au mois de juillet 1886, mois pendant lequel avait été abandonné le traitement préventif. La période des suites de couches n'est donc pas dangereuse pour le nouveau-né.

Un dernier mode de contamination immédiate encore possible pourrait tenir à ce que la plupart des femmes qui entrent dans une Maternité ont le corps et surtout les mains dans un grand état de malpropreté. Les ongles si bien placés pour servir d'agent de transmission peuvent en effet recéler de nombreux gonococcus recueillis antérieurement aux organes génitaux. Ce doit être là du reste un mode de contamination des plus rares.

II. — Tels sont les modes de contagion immédiate dont peut être victime le nouveau-né. Quant à *la contagion médiate,* nous ne ferons que la signaler, tant cette question nous semble difficile ou même impossible à résoudre.

L'air contaminé par les émanations des sujets atteints

est-il susceptible de transmettre l'ophthalmie purulente ? Nous n'en savons rien. Nous avons vu précédemment que sur 30 enfants atteints d'ophthalmie 20 seulement provenaient de mères atteintes de leucorrhée (Coderechold). Dix ont donc été contaminés par l'intermédiaire des vingt autres. Comment s'est faite cette transmission ? Par l'air ? C'est possible. Mais combien plus facile à expliquer la contagion immédiate. Warlomont rapporte à ce propos un fait intéressant qui montre qu'on peut longtemps passer à côté de la vérité sans la connaître.

L'hôpital de Gand, bâti en 1845, offrait les conditions d'hygiène les meilleures et cependant l'ophthalmie purulente faisait des ravages constants parmi les enfants. On accusa l'humidité des murs, l'agglomération des maisons d'alentour, un cours d'eau longeant l'hôpital. D'autre part, deux éponges servaient au nettoyage des enfants. C'étaient deux éponges bien distinctes destinées, l'une aux enfants malades, l'autre aux bien portants. L'on mit 16 ans à s'apercevoir que les éponges étaient distinctes mais plongeaient dans la même eau. On modifia ce détail, on eut deux vases différents et, de ce jour, l'ophthalmie disparut, après avoir fait de trop nombreuses victimes. Ainsi, pendant 16 ans, on avait accusé l'air, la contagion médiate : les éponges seules, contagion immédiate, étaient en jeu. Cet exemple prouve, ajoute Warlomont, combien il faut se montrer réservé dans l'appréciation des causes morbigènes et leur interprétation véritable.

Il est cependant possible que les micrococcus répandus dans l'air, puis déposés dans un terrain de culture favorable y reprennent leur vitalité et prolifèrent rapidement. Ce serait là une cause de plus à ajouter aux autres et qui dans tous les cas, a l'avantage d'imposer l'isolement des malades, mesure excellente dans un milieu malsain, encombré, favorable en un mot à la contamination médiate aussi bien qu'immédiate.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne croyons pas nécessaire de nous étendre longuement sur la symptomatologie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. En mettant de côté tout ce qui se rapporte à la pseudo-membrane, la description de Chassaignac est aussi exacte et aussi complète que possible. Quelques points seulement nous paraissent mériter de notre part une attention spéciale.

La plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que le troisième jour de la naissance est celui où l'ophthalmie apparaît le plus ordinairement. Billard, Mackensie, Vidal l'affirment, mais sans donner de chiffres à l'appui. Pour Crédé, la véritable ophthalmie purulente des nouveau-nés se déclarerait toujours du 2e au 5e jour de la naissance et jamais après le 5e. Dans ses statistiques, M. Galezowski (1) a vu 9 fois sur 10 l'ophthalmie débuter le 3e jour. M. Walter Manton (2) déclare que si l'ophthalmie peut tarder jusqu'au 9e jour (2 fois sur 51 cas) le plus souvent, c'est avant le 6e jour qu'apparaissent les premiers symptômes.

Cependant Allamand (3) a observé que les 8e et 17e jours étaient ceux qui présentaient le plus de débuts ; Dequevauvillier, sur 453 cas d'ophthalmie suivis par lui aux Enfants-Trouvés, prétend que l'âge moyen auquel elle apparaît est de 6 jours et demi.

Nous avons réuni dans un tableau les statistiques de quelques auteurs afin de les comparer entre elles et de voir si, jointes à la nôtre, elles fournissent des résultats probants.

(1) GALEZOWSKI. Gaz. des hôpit., 29 avril 1882.
(2) WALTER MANTON. Boston med. and surg. journal, 13 août 1885.
(3) ALLAMAND. Thèse, Paris, 1846.

DATE DU DÉBUT	POINCARRÉ	CHASSAIGNAC	ELSASSER	PERSONNELLE	TOTAUX
1er jour.	»	4	»	»	4
2e »	2	7	3	»	12
3e »	19	9	23	2	53
4e »	35	13	2	9	59
5e »	29	7	4	5	45
6e »	20	13	2	5	40
7e »	5	4	5	»	14
8e »	»	9	7	2	18
9e »	»	1	5	»	6
10e »	1	3	4	1	9
11e »	»	2	3	»	5
12e »	2	1	»	»	3
13e »	»	1	»	»	1
14e »	»	1	»	»	1
15e »	»	»	»	»	»
TOTAUX.	113	75	75	24	270

Ces chiffres sont pour nous d'un grand intérêt. Ils nous montrent en effet que l'ophthalmie ne débute guère avant le 3e jour. Chassaignac en a bien observé quatre cas le premier et sept le second jour; mais ce sont là, s'ils existent réellement, des faits bien exceptionnels. Il eut été intéressant de savoir, dans ces cas d'ophthalmie précoce quelle était la présentation, car la proposition énoncée alors de cette façon pourrait être un peu absolue et par suite inexacte. Dans la présentation de la face par exemple, le doigt de l'accoucheur, ne peut il pas, dès le début du travail, mettre le germe spécifique en contact avec les yeux du fœtus? Dans ce cas, il faudrait ajouter le temps écoulé depuis le début du travail jusqu'à la naissance au nombre de jours écoulés à partir de ce moment. Et ainsi s'expliqueraient ces ophthalmies du 2e et même du premier jour. L'avenir seul nous montrera ce que cette opinion peut avoir de fondé.

Quoi qu'il en soit, de ces 270 cas nous pouvons former quatre groupes : qui nous montrent que, sur 270 observations, 112 fois, c'est-à-dire dans presque la moitié des cas, l'ophthalmie a débuté dans les 3ᵉ et 4ᵉ jours, 85 fois dans les 5ᵉ et 6ᵉ jours soit 187 fois sur 270 du 3ᵉ au 6ᵉ jour, 57 fois seulement après le sixième.

Date du début.	Nombre de cas.
Du 1ᵉʳ au 3ᵉ jour...	16
3ᵉ et 4ᵉ jours............	112
5ᵉ et 6ᵉ jours............	85
Du 7ᵉ au 15ᵉ jour...........	57
Total.................	270

La période d'incubation de l'ophthalmie est donc bien de 3 à 4 jours en moyenne et si un certain nombre d'observations semblent donner tort à cette manière de voir, il est facile d'expliquer cette apparente anomalie. Un enfant contaminé par sa mère se trouvant placé dans un service d'accouchement devient aussitôt un foyer de contage. Or les germes qu'on puise à cette source pour les transmettre aux enfants de la même salle, peuvent être déposés dans l'œil à un moment très variable après la naissance. De telle sorte qu'un nouveau-né de trois jours par exemple, contaminé à ce moment, ne présentera de symptômes d'ophthalmie qu'au 6ᵉ ou 7ᵉ jour. La preuve en est dans les quelques cas que nous avons pu observer. Les trois enfants qui, à la Clinique de la Faculté, ont formé les têtes de série (nᵒˢ 285-24-207) ont tous présenté les premiers accidents au 4ᵉ jour; le 27 décembre se déclare un cas isolé et qui par conséquent avait la mère pour source de contamination; c'est au 4ᵉ jour qu'on constate les premiers phénomènes inflammatoires. Dans les observations qui nous sont personnelles enfin, c'est aussi au 4ᵉ jour que nous voyons les accidents évolués. Dans tous les autres cas, sauf deux, c'est au 3ᵉ jour (2 cas) et surtout aux 5ᵉ et 6ᵉ (10 cas) que survient l'ophthalmie. M. Walter

Manton (1) affirme de son côté que tout cas d'ophthalmie né après le 5e jour est dû à une infection non maternelle.

Le début de l'ophthalmie est quelquefois insidieux. Ainsi Ryall (2) de Dublin rapporte un cas dans lequel il y avait eu déjà perforation de l'œil et issue de l'humeur vitrée quand la mère s'aperçut des accidents. Mais c'est là l'exception.

Le premier phénomène qui attire l'attention sur le nouveau-né, c'est que celui-ci, déjà habitué à ouvrir largement les yeux, les tient constamment fermés. Ce phénomène est dû au gonflement caractéristique des paupières. Cette tuméfaction, d'abord légère, ne tarde pas à devenir considérable, et il n'est pas rare de voir les paupières acquérir le volume et l'apparence de grosses noix. En même temps, elles prennent une teinte qui d'abord pâle, devient bientôt d'un rouge diffus et si les accidents s'aggravent, une coloration violacée, presque ecchymotique couvre leur surface. Ce gonflement, nous ne l'avons jamais vu manquer dans aucun des cas soumis à notre observation. Il est surtout dû à l'œdème rapide des éléments du chorion muqueux. Aussi les paupières deviennent-elles rigides ; la paupière supérieure surtout est fortement soulevée tandis que son bord libre, bridé par la présence à ce niveau du cartilage tarse inextensible, s'applique sur le globe oculaire, le comprime et retient la sécrétion purulente au-dessous des parties tuméfiées.

Ce gonflement énorme a de plus pour résultat d'adosser le bord libre des paupières non seulement par leur crête, mais aussi par une partie de la surface cutanée, fait qui contribue encore à emprisonner le pus à la surface de l'œil.

Aussi, lorsqu'on vient à entr'ouvrir les paupières, ce qui n'est pas toujours facile, le liquide contenu dans cette cavité

(1) W. MANTON. Boston med. et surg. J., 13 août 1885.

(2) RYALL. Transact. Assoc. of Fellows of College of Physician in Ireland. Vol. IV, p. 343.

artificielle sous une pression assez considérable, jaillit à une grande distance et il faut avoir grand soin d'éviter à ce moment que quelque gouttelette purulente ne vienne tomber dans les yeux de l'opérateur ou de ses aides. La contamination serait certaine et Chassaignac cite à ce propos l'obser-varion intéressante et instructive d'un étudiant gravement atteint d'ophthalmie par ce mécanisme.

La matière sécrétée, d'abord séreuse, devient rapidement, en quelques heures, séro-purulente, puis franchement purulente. Liquide au début, elle est bientôt plus épaisse, crémeuse, très consistante, jaunâtre ou jaune verdâtre. La quantité en est quelquefois si considérable que la partie la plus liquide, filtrant à travers les cartilages tarses tendus comme des cordes sur la convexité de l'œil, coule incessamment dans le sillon naso-jugal, tandis que la portion la plus solide se concrète dans les moindres replis, agglutine les cils entre eux, souvent même les paupières l'une à l'autre. C'est sans doute dans ces conditions que, comprimée par les paupières à la surface de l'œil, elle en arrive à constituer à la cornée un voile d'apparence pseudo-membraneuse qui nous paraît expliquer l'erreur profonde dans laquelle est tombé Chassaignac en décrivant une pseudo-membrane véritable, caractéristique même, pour lui, de l'ophthalmie purulente vraie des nouveau-nés.

Ce pus se forme avec une rapidité extrême. Malgré les nettoyages les plus complets et les plus attentifs, quelques minutes se sont à peine écoulées que les conjonctives en ont à nouveau sécrété une quantité suffisante pour distendre encore les paupières et exagérer la compression subie par les tissus.

Cette compression mécanique contribue pour une bonne part, on le comprend, à augmenter l'œdème palpébral en gênant la circulation. Aussi quand, avec grand peine, on arrive à retourner les paupières, leur face muqueuse apparaît œdématiée, violacée, parcourue en tous sens par des arborescences vasculaires sans nombre ; ces vaisseaux,

saillants à la surface des tissus qu'ils vascularisent, se déchirent au moindre attouchement et rendent quelquefois sanguinolente la sécrétion conjonctivale ; ils peuvent même s'ouvrir assez largement pour donner lieu à de véritables hémorrhagies.

Si les accidents inflammatoires et infectieux ne sont pas rapidement enrayés, la conjonctive oculaire, presque intacte d'abord, s'enflamme à son tour et, très rapidement, en arrive à constituer autour de la cornée un bourrelet de plus en plus saillant, un chémosis qui, envahissant de proche en proche, déborde sur la cornée, gagne du terrain et forme autour d'elle un énorme bourrelet qui la fait apparaître comme au fond d'un entonnoir.

La cornée dont la circulation est gênée par la compression qu'elle subit (œdème palpébral, chémosis) s'enflamme à son tour et devient pour le gonococcus un excellent terrain de culture. Ce sont d'abord des taches opalines qui se forment à sa surface et si les lésions sont enrayées dans leur marche, elles n'en laissent pas moins des opacités définitives. Sinon, le gonococcus, dissociant de plus en plus les tissus de la cornée, celle-ci s'ulcère, se creuse de petits cratères qui, gagnant en profondeur, finissent par la perforer et amènent ainsi une cécité complète et irrémédiable.

Chez l'adulte atteint par contamination, les symptômes sont identiques. Il s'y joint seulement chez lui une douleur vive qui sans doute existe chez le nouveau-né, mais qu'il ne peut traduire que par des cris. Cette douleur se limite quelquefois à l'œil ; plus souvent, elle s'irradie vers les tempes dans la région frontale, dans toute la tête, devenant souvent si atroce, qu'elle arrache des cris au patient.

Mais chez l'adulte et, dans une certaine mesure, chez l'enfant qui n'est pas nouveau-né, mais âgé de deux, trois, quatre ans et plus, l'ophthalmie contractée par contamination diffère par sa gravité plus grande, par la marche plus rapidement envahissante des accidents, par l'impuissance

plus fréquente du traitement. M. Galezowski (1) croit pouvoir attribuer ces phénomènes à la densité plus grande chez l'adulte des tissus péricornéens et à la facilité excessive qu'ont les membranes à s'étrangler et à se sphacéler.

Quand l'affection se termine favorablement, l'œdème diminue peu à peu, le renversement des paupières devient moins laborieux, la sécrétion perd de sa consistance pour devenir progressivement séreuse et si la cornée a échappé à l'infection, tout rentre bientôt dans l'ordre.

Mais si le traitement a été mal dirigé, car, chez le nouveau-né, la thérapeutique bien conduite doit toujours donner un succès complet ; ou si l'on a affaire à un adulte et qu'alors les accidents ne pussent être enrayés, la cornée se perfore, l'œil se vide et la cécité devient complète. Dans les cas moins malheureux, la vue est conservée, mais amoindrie, soit par des taches de la cornée, soit par des synéchies antérieures plus ou moins étendues qui ne laissent guère au patient que la possibilité de se conduire, à moins qu'une opération ultérieure, iridectomie par exemple, ne vienne, dans une certaine mesure, réparer les désastres.

Telle est rapidement esquissée, la symptomatologie de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Mais existe-t-il, comme le croient certains auteurs, comme M. Kroner pense l'avoir démontré par ses recherches sur le gonococcus, deux formes d'ophthalmie purulente des nouveau-nés, l'une grave, caractérisée par la présence des gonococcus, l'autre bénigne, sans gonococcus ? Nous ne croyons pas pouvoir encore accepter ces deux formes.

M. Kroner, il est vrai, dans 92 cas d'ophthalmie des nouveau-nés n'a retrouvé le gonococcus que dans 63 cas ; 29 fois ses recherches sont restées infructueuses. Widmark, de Stockholm aussi ; chez 12 nouveau-nés atteints, n'a pu découvrir le gonococcus que chez 9 d'entre eux.

Cependant d'après M. Kroner lui-même, au point de vue

---

(1) GALEZOWSKI. Gazette des hôpitaux, 29 avril 1882.

clinique, les deux formes n'ont pas présenté de différence tranchée. Il semblerait pourtant que, dans l'ophthalmie sans gonococcus, la tuméfaction des conjonctives soit moins prononcée, la sécrétion moins abondante, la marche plus bénigne et la durée plus courte. En outre, jamais dans ces cas, la cornée n'a été atteinte, contrairement à ce qui a eu lieu dans 16 des cas où la sécrétion conjonctivale contenait des gonococcus.

Il nous paraît bien difficile d'admettre ainsi deux formes d'ophthalmie qui, d'un pronostic si différent ont cependant une évolution clinique identique. Ou bien en effet, le gonococcus de Neisser joue dans le développement de l'affection un rôle prépondérant, ce que nous croyons avoir démontré et il doit alors imprimer aux accidents une allure spéciale et caractéristique, qui ne permet à aucune autre affection inflammatoire de lui ressembler, ou il n'est pas spécifique, puisqu'on ne décèle pas sa présence dans tous les cas à évolution clinique presque identique. Du reste M. Kroner estime que cette seconde forme d'ophthalmie est due sans doute aussi à une infection ayant sa source dans les sécrétions vaginales de la mère.

Arlt de Vienne, bien que ne connaissant pas l'existence du gonococcus, acceptait deux formes, grave et bénigne, de l'ophthalmie. M. Abadie lui-même (1) croit pouvoir assurer qu'il existe deux formes très nettes de l'affection, l'une grave, caractérisée non par l'abondance de la suppuration, mais par le gonflement inflammatoire considérable de la paupière inférieure, par les complications cornéennes précoces qui ne font jamais défaut et surtout par la présence du gonococcus de Neisser que l'examen microscopique révèle toujours facilement ; l'autre, bénigne au contraire, non infectieuse, véritable conjonctivite catarrhale dont la terminaison est presque toujours favorable, même traitée par des moyens anodins et dans le pus de laquelle l'examen le plus

(1) ABADIE. Progrès médical, 6 décembre 1884.

minutieux ne révèle jamais l'existence du gonococcus.

Au moins, M. Abadie accepte-il deux formes cliniques différentes, l'une est la conjonctivite catarrhale commune, plus ou moins intense, spécifique, qui reconnaît pour cause toutes causes extérieures d'excitation et d'irritation de la muqueuse ; en tous cas, terrain de culture des mieux préparé pour l'infection et l'évolution du gonococcus, si le petit ophthalmique se trouve placé dans un milieu favorable ; l'autre, spécifique, grave d'emblée et n'ayant d'autre cause que la contamination par le gonococcus de Neisser.

Mais les deux formes décrites par Kroner nous semblent basées sur une erreur d'interprétation. Ainsi que nous l'avons établi à propos de l'étiologie, les causes prédisposantes jouent un rôle assez important dans l'évolution des accidents. Le germe déposé sous la conjonctive du nouveau-né trouve là un terrain plus ou moins bien préparé ; son action sur les tissus est évidemment la même, mais elle est plus ou moins rapide, plus ou moins puissante, les effets en sont plus ou moins désastreux suivant la nature même du terrain. L'apparence clinique des deux formes peut donc être à peu près identique, mais dans la forme bénigne, les gonococcus y étant moins nombreux, leur recherche est par cela même rendue plus difficile et peut souvent rester infructueuse, pour peu que l'observateur ne se soit pas placé dans des conditions suffisamment favorables. Nous rappellerons encore à ce propos le fait intéressant signalé par M. Bumm : la multiplication du gonococcus dépend en partie de la quantité de la sécrétion de la muqueuse, l'augmentation de cette sécrétion amenant aussitôt une prolifération plus abondante du gonococcus.

Cliniquement du reste, il importe peu d'établir cette division. M. Galezowsky la considère même comme dangereuse parce qu'elle encourage une thérapeutique insuffisante qui peut avoir les plus terribles conséquences. Aussi croyons-nous qu'il est du devoir du médecin de regarder et

de traiter toujours comme grave toute ophthalmie survenant chez le nouveau-né.

Le pronostic de l'ophthalmie n'en sera pas moins variable suivant la marche des accidents. Tant que la conjonctive est seule atteinte, tant que la cornée est saine, on peut, par un traitement énergique, répondre de l'issue favorable de l'affection. Mais lorsque la cornée est à son tour envahie, le pronostic s'aggrave et si le patient ne devient pas aveugle, il a du moins bien des chances pour que la parfaite intégrité de la vision soit plus ou moins compromise.

OVARIOTOMIE (1)

KYSTE DE L'OVAIRE TRANSPLANTÉ. ACCIDENTS DU NOUVEAU PÉDICULE

ÉTUDE SUR LA SÉPARATION COMPLÈTE ET LE SORT ULTÉRIEUR

1° des kystes ovariques ; 2° de l'ovaire.

Par le Dr **V. Chalot**, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

II

SÉPARATION COMPLÈTE ET SORT ULTÉRIEUR DES KYSTES OVARIQUES (2)

La séparation complète est une éventualité qu'on observe très rarement dans l'évolution des kystes de l'ovaire. On peut en dire autant pour les tumeurs solides de cet organe ; mais je n'aurai en vue ici que les kystes. Sur 5,153 ovariotomies dont la statistique figure dans l'ouvrage d'Hayes Agnew (1), Baum ne relate que cinq cas où l'on n'a pas trouvé de pédicule. Aronsson (3) en cite davantage ; mais le nom-

(1) Voir *Annales de Gynécologie*, mars 1887.

(2) H. Agnew. The principles and practice of surgery, vol. II, p. 811, 1881.

(3) Aronsson. In. Diss. Zürich, 1882.

bre est encore très réduit. Moi-même, après une longue série de recherches dans les publications que j'ai eues à ma disposition, n'ai pu en découvrir que 27 : 14 observés par hasard à l'autopsie, et 13 constatés pendant l'opération. On les voit reproduits dans les tableaux I et II ci-joints, avec les données, le plus souvent trop incomplètes, que j'ai trouvées. Olshausen (1), dans sa première édition, signale bien

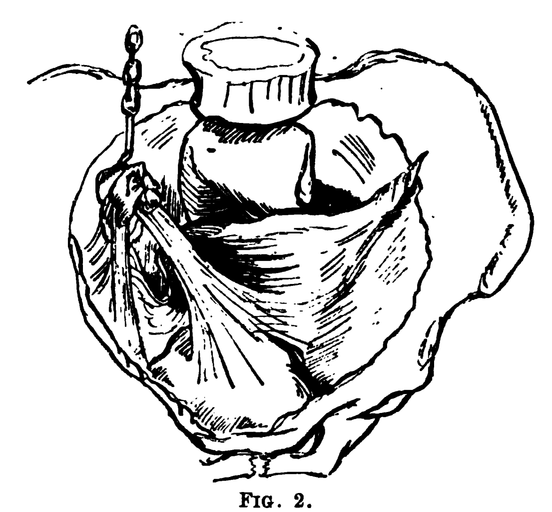


Fig. 2.
(Extraite de *l'Edinb. New. J.*, 1860-1861.)
Sur la corne utérine gauche, reste du pédicule tordu en cône.
A droite, fibrome nodulé qui est uni par les adhérences à la vessie, à la paroi pelvienne et au ligament large. Une érigne le soulève.

encore l'observation de Barrat, qui aurait enlevé une tumeur du mésentère que W. Fox considérait comme un kyste ovarique ; je n'ai pas cru devoir en tenir compte à cause de son manque de netteté. En ajoutant l'observation qui m'est perpersonnelle, on arrive seulement à un total de 28 cas parfaitement authentiques et indiscutables. D'après ce chiffre, il

(1) Olshausen. Die Krankheiten der Ovarien. 1879.

ne me semblerait pas que la séparation complète des kystes ovariques fût aussi fréquente que le dit Olshausen (1).

La séparation a lieu de différentes manières. Le plus souvent elle est due à la torsion excessive du pédicule para-utérin. On voit nettement la trace de ce mécanisme sur le dessin que j'ai extrait de l'excellent mémoire de Turner (fig. 2); le cône tordu, terminé en pointe libre et qui émerge de la corne gauche de l'utérus, représente le moignon de la trompe consécutif à la séparation. Dans presque tous les cas qui se rapportent ou qu'on peut rapporter à cette catégorie et qui ont été suivis d'un examen anatomique attentif, les observateurs signalent la division de la trompe en deux parties ; l'une de ces parties reste à l'angle de l'utérus sous forme d'un cône effilé de longueur variable ; l'autre, représentée par le pavillon et la frange tubo-ovarique, a suivi le kyste. Tels sont les cas de Rokitansky, de Turner, de Fränkel, de Terrillon. Quelquefois la trompe tout entière conserve ses connexions avec l'utérus ; le ligament de l'ovaire et l'ovaire seuls se sont séparés par torsion.

La séparation pourrait aussi être le résultat de l'élongation graduelle du pédicule para-utérin, élongation qui augmente ses effets au fur et à mesure que le kyste s'accroît davantage ; à un moment donné, sous l'influence d'un effort ou d'un mouvement de la tumeur, le pédicule se détacherait définitivement de l'utérus. Il y aurait d'abord amincissement progressif, puis rupture ou arrachement du pédicule. C'est peut-être à ce mode de séparation qu'appartiennent les cas où toute la trompe et tout le ligament de l'ovaire ont été entraînés avec le kyste (cas de Heurtaux et le mien). Mais ce mode doit être exceptionnel ; on sait, en effet, avec quelle facilité la trompe et le ligament de l'ovaire s'hypertrophient et s'allongent dans l'immense majorité des grands kystes de l'ovaire.

Il n'est pas invraisemblable, non plus, que la séparation soit produite quelquefois par des brides constrictives ou

(1) Vid. in Ann. de Gynécologie. Mars 1887, p. 161 et seq.

compressives qui ont survécu à une pelvi-péritonite de la vie intra-utérine ou de la vie extra-utérine. Enfin, malgré le peu que l'on connaît aujourd'hui sur les anomalies d'évolution de l'ovaire, n'est-il pas permis de se demander si quelques-uns des kystes ovariques prétendus séparés ne sont pas plutôt des ovaires qui, par arrêt ou par trouble de développement, ne sont pas primitivement unis à la trompe ?

Parmi les observations des kystes séparés figurent un assez bon nombre de kystes dermoïdes, il y en a 7 sur 28. Sans doute les kystes uniloculaires prédominent; mais la proportion des kystes dermoïdes prouve déjà leur grande propen sion à la torsion du pédicule, fait justement mis en lumière par Olshausen.

Ce fait n'est pas seulement en lui-même digne de remarque; mais il est important à connaître pour la pathogénie des kystes dermoïdes de l'abdomen que l'on dit indépendants de l'ovaire; si dans les cas que j'ai reproduits on avait oublié d'examiner la face externe des kystes, où l'on trouve toujours les vestiges parfaitement reconnaissables d'une trompe ou portion de trompe détachée, si l'on n'avait pas noté l'absence d'ovaire et de trompe sur un côté de l'utérus, il serait permis encore de douter de l'origine ovarique de ces kystes. Mais le doute n'est pas possible. Faut-il maintenant aller jusqu'à dire avec Alban Doran (1) que les kystes dermoïdes de l'abdomen sont tous des kystes dermoïdes de l'ovaire séparés et transplantés, à l'exception de ceux qui se développent entre l'utérus et le rectum ? Je n'oserais, pour le moment du moins, être aussi affirmatif. Mais à l'avenir, quand on trouvera des kystes dermoïdes de l'abdomen, il ne faudra jamais négliger leur examen anatomique, ni omettre l'inspection des organes génitaux internes toutes les fois que cette inspection sera possible. On acquerra ainsi des matériaux qui permettront un jour de trancher définitivement la question d'origine des kystes dermoïdes

---

(1) Alban Doran (Roy. med. and chir. Soc. of London, April 28 1883).

abdominaux. J'ajouterai seulement que le manque de vestiges de trompe sur un kyste ne prouve rien contre le point de départ ovarique de ce kyste; il y a en effet, je l'ai dit déjà, bien que par exception, des kystes de l'ovaire qui se détachent sans être suivis par la trompe.

Dans presque tous les cas, observateurs et opérateurs ont trouvé des adhérences plus ou moins considérables que le kyste avait contractées avec les organes voisins ; le kyste était greffé en parasite ou, suivant l'expression usuelle, *transplanté.* C'est le plus souvent avec le grand épiploon qu'ont eu lieu les adhérences: sur 28 cas, les adhérences épiploïques sont notées 15 fois. Elles sont ordinairement plus ou moins étendues sur la partie supérieure du kyste; quelquefois, comme dans les observations de Kn. Thornton, de Heywod Smith, et la mienne, elles sont comme condensées en un pédicule véritable, plus ou moins long, fait important sur lequel il y aura lieu de revenir tout à l'heure. Elles existent seules, ce qui est rare, ou bien elles sont accompagnées d'autres adhérences, qui unissent encore le kyste aux corps des vertèbres lombo-sacrées, à la paroi antérieure de l'abdomen, au cœcum, à l'intestin grêle, au mésentère, au méso-côlon ascendant, à la symphyse pubienne. Après le grand épiploon, c'est le mésentère qu'on rencontre le plus fréquemment en connexion avec le kyste: 5 fois. L'adhérence mésentérique est seule et forme pédicule (cas de Heurtaux), ou bien elle coexiste avec d'autres adhérences (grand épiploon, paroi antérieure de l'abdomen, utérus). Viennent ensuite l'intestin grêle : 4 fois ; la paroi antérieure de l'abdomen : 3 fois ; le ligament large du côté opposé: 2 fois, etc.

Deux fois seulement (Rokitansky, Baumgarten), l'ovaire était complètement libre : il siégeait dans la fosse recto-vaginale.

Les adhérences uniques sont toujours vasculaires ; plusieurs renferment même de gros vaisseaux, de sorte qu'elles constituent des voies de communication plus ou moins gran-

des entre la circulation du kyste et celle de l'organe qui a charge du kyste. Quand les adhérences sont multiples, la plupart sont encore vasculaires et présentent des vaisseaux de divers calibres ; mais il en est quelques-unes qui ne contiennent pas ou ne semblent pas contenir des vaisseaux. En tous cas, que le sang arrive en grande ou en petite quantité, le kyste continue à vivre bien ou mal. Il y a eu substitution des vaisseaux néo-formés aux vaisseaux tubo-ovariens de l'ancien pédicule.

De ces adhérences les unes sont certainement antérieures à la séparation du kyste et se sont formées pendant l'oblitération lente des vaisseaux du pédicule, les autres sont survenues au moment même ou plus ou moins tard à la suite de la séparation. Toutes sont dues à l'irritation, à la congestion, à l'inflammation du péritoine et de ses replis sous l'influence des troubles circulatoires et de l'inflammation même du kyste.

On peut admettre que, comme cela a lieu dans d'autres circonstances, un certain nombre d'adhérences se sont établies d'une façon latente ou sans provoquer des symptômes trop bruyants ; mais souvent, le plus souvent peut-être, leur formation est signalée par des phénomènes inflammatoires intenses. Ainsi Malins (tableau I) rappelle « *une inflammation intestinale* » qui s'est montrée un an avant la péritonite générale à laquelle a succombé la malade. K. Thornton (tableau II) mentionne de grandes douleurs que la tumeur a occasionnées pendant la dernière grossesse. Malins encore (tableau II) parle de violentes douleurs, survenues tout à coup et suivies « d'inflammation intestinale » suivant l'expression des deux malades. L'opérée de Skene Keith a eu cinq ans auparavant une crise grave de douleurs abdominales. Celle de Heurtaux a éprouvé deux poussées de péritonite. Enfin, la mienne a eu, deux ans environ auparavant, une inflammation grave du ventre pour laquelle on a employé successivement des cataplasmes émollients, de l'onguent napolitain, quinze sangsues et plus tard une série de vésicatoires volants. Il me paraît incontestable que ces accidents inflammatoires correspondaient à

la strangulation ou à la division brusque ou rapide du pédicule para-utérin.

Quelle est maintenant l'évolution des kystes séparés et transplantés ? La plupart, pourvus d'adhérences à nombreux ou gros vaisseaux, ou même nourris plus abondamment qu'ils ne l'étaient par leur pédicule primitif, continuent à augmenter de volume. Ils présentent la même marche ascendante que les kystes qui conservent leur implan tation originelle, et ils sont exposés aux mêmes accidents : rupture, suppuration (obs. Malins, tabl. I). Quelques-uns restent stationnaires ou à peu près, c'est-à-dire tels qu'ils étaient au moment de la suppuration. D'autres s'accroissent encore plus ou moins pendant quelque temps, puis cessent d'augmenter de volume. Mais tous ces kystes, quelle que soit leur allure, s'ils ont un pédicule véritable et unique, s'ils ne dépassent pas une certaine grosseur et qu'ils possèdent, par conséquent, une mobilité suffisante, tous ces kystes peuvent s'accompagner à un moment donné d'accidents plus ou moins graves qui tiennent à la torsion aiguë, à l'élongation rapide, à la rupture complète ou incomplète du nouveau pédicule.

Lorsque les kystes séparés n'ont que des adhérences peu vasculaires et que l'apport des matériaux nutritifs est ou devient insuffisant, ils diminuent peu à peu de volume ; leur contenu se condense ou reste liquide, devient graisseux ou forme un noyau calcaire ; leurs parois s'épaississent et se rétractent de plus en plus, en même temps que parfois elles s'incrustent de sels calcaires. Ils sont réduits à la fin en une masse peu volumineuse, insignifiante même, et absoment inoffensive. C'est là un mode de guérison spontanée des kystes de l'ovaire. Mais il est fort rare.

Jusqu'à présent on ne connaît aucun signe qui permette de diagnostiquer sûrement le kyste séparé. C'est seulement pendant ou après l'opération qu'on a reconnu l'absence de pédicule. Tout au plus peut-on le soupçonner quand l'étude des antécédents morbides nous autorise à admettre la tor-

sion aiguë ou rapide du pédicule para-utérin. Du reste, au point de vue thérapeutique, ce défaut de diagnostic n'a aucune conséquence, les indications de l'intervention restant les mêmes que pour le kyste non séparé.

Le pronostic du kyste séparé n'est grave ou du moins réservé que dans deux cas : 1° quand le kyste a contracté des adhérences nombreuses et intimes, ce qui rend l'ablation plus ou moins délicate, longue, laborieuse, et quelquefois impossible ou incomplète; 2° quand il est très mobile et pourvu d'un vrai pédicule, celui-ci étant sujet aux mêmes accidents que le pédicule para-utérin. Dans les autres cas, le pronostic se confond avec celui des kystes de l'ovaire en général; il peut même être tout à fait favorable si le kyste séparé n'a qu'une nutrition imparfaite, parce qu'alors, comme on vient de le voir, il s'atrophie de plus en plus en subissant diverses formes d'involution.

Je n'ai pas à insister en ce qui concerne l'opération : celle-ci comporte les mêmes règles et les même phases que l'opération des kystes non séparés, avec cette circonstance particulière que, à la place du pédicule para-utérin, on a *toujours* à traiter des adhérences généralement étendues ou parfois représentées par un pédicule.

III

SÉPARATION COMPLÈTE ET SORT ULTÉRIEUR DE L'OVAIRE

On vient de voir par une double série d'observations cliniques et d'observations nécropsiques que les kystes de l'ovaire s'affranchissent quelquefois de leur lieu d'origine, qu'ils se fixent généralement ailleurs, et qu'ils ont alors un sort très variable : développement persistant, état stationnaire, régression, disparition presque complète et réduction à des proportions minimes, à une sorte de corps étranger parfaitement tolérés.

Ce qui se passe pour les kystes de l'ovaire aurait également lieu pour l'ovaire normal ou censé tel, c'est-à-dire que

ce dernier peut perdre les connexions intimes qu'il avait avec l'appareil génital, se trouver transplanté, ou rester libre et subir des dégénérescences, des transformations involutives. Les observations que l'on pourait citer à l'appui de ces faits ne sont pas nombreuses ; je n'en connais même qu'une seule, celle de Fränkel (1), n'ayant pu donner suite à quelques autres indications bibliographiques. Peut-être quelques-uns des cas que j'ai reproduits dans le tableau I se rapportent-ils aussi à des ovaires normaux détachés qui ont subi ultérieurement des régressions variées (sclérose, stéatose, càlcification), au lieu d'être des kystes primitifs. Mais l'absence de données cliniques quelconques empêche de leur donner ici une place légitime, incontestable. Voici le cas de Fränkel.

Il s'agit d'une enfant rachitique, morte à un an d'une broncho-pneumonie. A l'autopsie on trouve que les annexes de l'utérus étaient normaux du côté droit, mais que du côté gauche il n'y avait ni ovaire ni trace de ligament ovarique. La trompe gauche était longüe de 2 centim. seulement et oblitérée à sa partie périphérique. Au fond de l'espace de Douglas siégeait un corps libre (ovaire gauche), qui était long de 2 centim. 1/2, large de 2 centim., épais de 0 centim. 5, convexe et lisse à sa surface supérieure, concave à sa face inférieure ; il avait un aspect brun rougeâtre dû à l'infiltration d'une bouillie hémorrhagique.

La connaissance de cette observation nous intéresse à divers points de vue théoriques. Ainsi à l'avenir, avant de dire qu'un ovaire manque, il faudra avoir vérifié non seulement les côtés de l'utérus, mais encore tous les organes de la partie sous-ombilicale de l'abdomen. S'il y a incontestablement quelques cas d'aplasie de l'ovaire, il y a aussi des cas d'ectopie soit primitive, soit secondaire par défaut d'union ou par séparation.

Ainsi encore, avant d'affirmer que telle tumeur (tumeur solide, kyste simple, kyste dermoïde) est née, par exemple,

---

(1) Virchow's Arch. Bd. 91, p. 521.

dans le grand épiploon ou dans le mésentère, il faudra s'être assuré, autant que possible, qu'il n'y a pas transplantation ou ectopie ovarique, et, pour cela, ne jamais omettre l'examen complet des organes génitaux internes.

En dernier lieu, il est à présumer que certains faits de *corps libres du péritoine* ne sont autre chose que des ovaires normaux, non unis ou séparés, dont la structure s'est dégradée avec le temps.

REVUE GÉNÉRALE

Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement.

Il n'est peut-être pas de question obstétricale à laquelle s'applique mieux le mot de Bacon : « Le plus grand obstacle au progrès c'est l'autorité ».

Mauriceau, la grande autorité du 17e siècle, ayant écrit en 1668 : « Le col grandit et s'amollit jusqu'au 6e mois, après quoi il diminue dans toutes ses dimensions tellement qu'à la fin de la grossesse il est tout aplani » tous les accoucheurs, aussi bien à l'étranger qu'en France, adoptèrent et enseignèrent les idées du maître et leurs conséquences logiques : l'effacement du col pendant les trois derniers mois de la grossesse et le développement du segment inférieur de l'utérus aux dépens du col.

En vain Verheyen (1693) et Weitbrecht (1750), parlant au nom de l'anatomie, soutinrent-ils que pendant la grossesse le col ne suit pas la dilatation de l'utérus mais garde à peu de chose près sa forme et sa longueur ; en vain invoquèrent-ils à l'appui de leur opinion (fondée sur des constatations anatomiques précises) que la même chose s'observe chez les vaches, brebis et autres animaux. On leur répondait, avec Deventer, que l'on devait rejeter ces comparaisons tirées de la matrice des animaux ; car il était naturel que la femme étant l'image de Dieu qui l'a faite fût en cela différente des quadrupèdes. Tant il est vrai (c'est le même Deventer qui parle) que « quelque chose qui se présente aux yeux de cer-

tains hommes ils ne voient que ce qu'ils ont lu ou ce qu'on leur a appris ».

Les idées de Mauriceau étaient si fortement ancrées dans l'esprit des accoucheurs du 18e siècle que Rœderer, à l'appui de la théorie de l'effacement du col, dont les Allemands réclament pour lui la priorité, apportait des dessins de pièces anatomiques prouvant juste le contraire de ce qu'il écrivait. La figure 5 de la planche 6 de ses *Icones uteri humani* montre le col d'un utérus gravide de 6 mois ayant absolument sa forme et sa longueur normales et qui certes ne prend aucune part à la formation du segment inférieur. Or Rœderer dit en propres termes (p. 26) : « dans ce temps-là (vers le 6e mois) le col commence à s'élargir de manière que la partie de sa cavité placée au-dessus de son orifice externe, se confond avec la cavité commune de l'utérus ».

Et la figure 1 de la planche 7 montre chez une femme à terme, morte après 12 heures de travail, un *col en voie d'effacement.*

Les choses allèrent ainsi jusqu'en 1826 époque à laquelle Stoltz, alors interne à Strasbourg, songeant un des premiers à reprendre cette question qui paraissait jugée depuis près de deux siècles, crut s'apercevoir et écrivit dans sa thèse inaugurale, que si le col, après s'être hypertrophié jusqu'au 6e mois, se raccourcit à partir de cette époque, c'est seulement pendant la dernière quinzaine que, l'orifice interne s'ouvrant, le col se perd dans le segment inférieur de l'utérus.

A voir l'empressement avec lequel on abandonna dès lors Mauriceau pour Stoltz, on pourrait croire que celui-ci avait apporté des preuves anatomiques solides à l'appui de la nouvelle doctrine. C'est en vain pourtant qu'on les chercherait dans sa thèse.

Ces preuves ne furent guère apportées qu'en 1859, alors que les idées de Stoltz avaient presque fait déjà le tour du monde, par Matt. Duncan. Après avoir examiné deux figures d'utérus de 3 mois (Coste), de 5 mois (Hunter) et fait 3 autopsies d'utérus gravides de 3, 7 et 8 mois, Duncan soutint que :

La longueur de la cavité cervicale subit des modifications peu marquées ou même nulles pendant la grossesse.

Si, disait-il, lors du toucher vaginal pratiqué pendant la vie, après le milieu de la grossesse, le doigt de l'accoucheur a la sensation d'un raccourcissement graduel du col (Stoltz), c'est que le doigt qui touche sans pénétrer dans la cavité cervicale est induit en erreur par la mollesse et la flaccidité du col.

Bien que prévenu contre ces erreurs d'appréciation du toucher qu'il avait si bien comprises, Duncan continua cependant, s'appuyant sur les sensations fournies par le toucher, à croire et à écrire (1873) que, dans beaucoup de cas, la cavité du col est graduellement effacée de haut en bas, et contribue à former la partie inférieure de la cavité utérine par un travail lent et indolore qui débute des heures ou des jours avant le commencement du véritable travail (c'est l'effacement terminal de Stoltz).

Or, à la même époque, un accoucheur américain J. E. Taylor de New-York, élève de Stoltz et de Cazeaux dont il avait importé en 1842 les idées en Amérique, soutenait que : « Aucun changement de quelque nature que ce soit ne survient au col de l'utérus depuis le temps de la conception jusqu'à celui du travail ».

C'est en 1851 que Taylor s'était pris à douter de l'effacement du col à la fin de la grossesse.

En 1852 il commença sur ce sujet une série de recherches et prit des mensurations du col en plaçant les femmes debout, couchées, dans la position génu-pectorale.

En 1862 il lut à la New York Academy of Medicine un mémoire (publié dans le n° de juin de l'American Medical Times) dans lequel il exposait ses vues sur le non raccourcissement (non shortening) des portions supra et infra-vaginales du col jusqu'à la dernière heure de la grossesse et le premier stage du travail. Il montra des pièces anatomiques provenant *d'utérus à terme* et prouvant qu'il n'y a ni raccourcissement ni effacement pendant le dernier mois, que le col conserve sa longueur, et que dans beaucoup de cas même il augmente de longueur. Le col, concluait-il, commence seulement à s'effacer au début du travail, et sert tout simplement de canal entre la cavité utérine et le vagin.

Entre Stoltz, qui n'apportait pas de preuves de l'effacement, et Taylor qui le niait en s'appuyant sur des pièces anatomiques, on ne pouvait hésiter. C'est Stoltz qui l'emporta, car il était en la matière l'autorité du 19e siècle comme Mauriceau l'avait été du 17e et du 18e.

Ce n'est guère que vers 1868 que, les recherches de Müller venant apporter aux constatations de Taylor l'appui d'observations cliniques, la question allait peut-être être définitivement résolue lorsque Bandl, par un brusque retour en arrière, nous ramène presque à Mauriceau.

En voilà encore pour près de 20 ans de discussions, et de mensurations. Cette histoire de la théorie de Bandl est vraiment singulière. Raisonnant un jour sur les constatations contradictoires faites par Braune et par Müller, il bâtit de toutes pièces une théorie destinée à les mettre tous deux d'accord, sans se demander d'abord si l'un des deux ne s'était pas trompé. Sa théorie édifiée il a l'idée très louable de la contrôler par l'anatomie. Or à maintes reprises l'anatomie lui montre qu'il est dans l'erreur. Rien n'y fait. Et la théorie de Bandl commençait, elle aussi, son tour du monde lorsque les recherches de Pinard, d'Hofmeier et de Waldeyer sont venues l'arrêter net et montrer toute la justesse des propositions de Taylor.

C'est exclusivement sur des pièces anatomiques, recueillies pour la plus grande partie par MM. Schröder, Pinard, Hofmeier et Waldeyer, que nous allons nous appuyer pour tracer cet essai de synthèse sur : le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement.

Pour l'historique de la question que nous n'avons fait qu'ébaucher et pour les documents anatomiques qui nous ont servi à rédiger cette revue nous renvoyons le lecteur à la thèse de notre ami le Dr Imbert (1), et aux ouvrages suivants qu'elle résume en partie.

17e SIÈCLE

Mauriceau............	Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées (1668)...	3e édit., Paris, 1681, t. 1, liv. 1, p. 95.
Regnier de Graaf......	Opera omnia..........................	P.233, Lugd. Batav. 1677.
P. Verheyen..........	Corporis humani anatomiæ (1693).......	2e éd. in-4o Bruxell., 1710.

18e SIÈCLE

Deventer.............	Operationes chirurgicæ novum lumen exhibentes obstetricantibus (Leyde, 1701).	Trad. franç. in-4o, Paris, 1724.
Cel. Trevv............	Commerc. Litterar Noric...............	A. 1735, hebd. 39, p. 307, pl. 4.
Weitbrecht............	De utero muliebri observ. anatom......	Novi Comment. Acad. Sc. imper. Petropolitanae, t. I, p. 348, 1750.

(1) Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse. Thèse doctorat. Paris, 12 juillet 1887.

J. G. Rœderer........	Elementa artis obstetriciæ..............	P. 23, 4°, Göttingae, 1759.
Id.	Icones uteri humani observationibus illustratæ..............................	Pl. 4, 5 et 7, in-f°, Gottingae, 1759.
W. Hunter...........	The anatomy of the gravid uterus exhibited in figures (1774).....	Printed for the Sydenham Society in-f°, London, 1851.

19e siècle

Mme Boivin...........	Mémorial de l'art des accouchements (1812)............................	4e éd. in-8°, Paris, 1836, pl. XVII.
Stoltz..................	Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements............	Th. Doct. Strasbourg, 1826, p. 6.
F. H. G. Birnbaum....	Ueber die Veränderungen des Scheidentheiles und des unteren Abschnittes der Gebärmutter in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft...	Bonn. 1841.
Rœssel...............	Du col de l'utérus sous le rapport des accouchements......................	Th. Doct. Strasbourg, 1847
J. Matt. Duncan......	On the cervix uteri in Pregnancy.......	Edinb. med. Journal, Mars 1859.
R. Barnes............	Lettre à Duncan....................	Edinb. med. Journal, 16 Mars 1859.
J. E. Taylor..........	On the cervix uteri...	Americ. med. Times, 21 Juin 1862.
J. Matt Duncan.......	On the cervix uteri in Pregnancy.......	Edinb. med. Journ., Sept. 1863, p. 193.
P. Muller............	Untersuchungen über die Verkürzung der Vaginal portion in den letzten Monaten der Gravidität.	Würtzburg, 1868.
W. Braune...........	Die Lage des Uterus und Fötus am Ende der Schwangerschaft.................	Leipzig, 1872.
G. Lott.............	Zur Anatomie und physiologie des Cervix Uteri.......	In-8°, Erlangen, 1872.
F. H. G. Birnbaum....	Die Veränderungen des Scheidentheiles in den letzten Monaten der Schwangerschaft	Arch. f. Gynaek., Bd 3, H. 3, 1872.
J. Matt. Duncan......	On the changes undergone by the cervix uteri during labour........	Edinb. med. J. 1873, p. 1076.
L. Bandl.............	Uber Ruptur der Gebärmutter..........	In-8°, Wien, 1875.
Id.	Uber das Verhalten des Uterus und Cervix in der Schwangerschaft und während der Geburt....................	In-8°, Stuttgart, 1876.
P. Budin............	Uterus globularis bipartitus. Opération césarienne à terme.................	Progrès médical, mars 1876.
A. Macdonald.........	On the condition of the Cervix uteri in the latter months of utero gestation, with a specimen.....................	Edinb. med. Journal, Avril 1877, p. 869.

Küstner	Beitrag zur Anatomie des Cervix uteri während der Schwangerschaft und des Wochenbettes	Arch. f. Gynaek. Bd 13, p. 283, 1877.
J. E. Taylor	Non shortening of the cervix uteri during Pregnancy	N. Y. Med. Record, 13 Octobre 1877.
G. Leopold	Studien ueber die Uterusschleimhaut während Menstruation, Schwangerschaft und Wochenbett	Arch. f. Gynaek., Bd 11 p. 110, 1877.
Sänger	Zum anatomischen Beweise für die Erhaltung des Cervix in der Schwangerschaft	Arch. f. Gynaek., Bd 14, 1879.
Thiede	Uber das Verhältniss d. Cervix uteri z. unteren Uterinsegment	Zeitschr. f. Geburtsh., Bd 4, 1879.
Langhans et P. Müller	Weiterer anatomischer Beitrag zur Frage vom Verhalten des Cervix während der Schwangerschaft	Arch. f. Gynaek., Bd 14, 1879.
F. Marchand	Noch einmal das Verhalten des Cervix uteri in der Schwangerschaft (1 planche)	Arch. f. Gynaek., t. 15, 1880, p. 172.
L. Bandl	Zum Verhalten des Collum am nicht schwangeren Uterus (3 planches)	Arch. f. Gynaek., t. 15, 1880, p. 237.
C. Ruge	Uber d. Kontraktionem d. Uterus in anatomischer und klinischer Beziehung (1 pl.)	Zeitschr. f. Geburtsh., t. 5, 1880.
Küstner	Das untere Uterinsegment und die decidua cervicalis	Iena, 1882.
Lahs	Was heisst unteres Uterinsegment	Arch. f. Gynaek., t. 23, 1884, p. 215.
W. T. Lusk	A note on the Ring of Bandl	Trans. of the american Gynaec. Society for the year 1884 et The Science and Art of Midwifery N. Y. 1885, p. 89 et suiv. 14 avril 1886.
Pinard	Cours auxiliaire d'accouchements à la Faculté de médecine (novembre 1885)	Semaine médic., 14 avril 1886.
H. Delahaye	Du col de l'utérus à la fin de la grossesse	Th. Doct. Paris, 1885.
T. Bayer	Zur physiologischen und pathologischen morphologie der Gebärmutter	Freunds Gynäk. Klin., Bd 5, p. 369 à 662, Strasbourg, 1885, et pl. 24 à 38 de l'atlas in-4°.
K. Schröder et C. H. Stratz	Durschnitte durch die gefrorenen Leichen einer Kreissenden und einer Wöchnerin (avec atlas de 6 planches)	In K. Schroeder, Der Schwangere und Kreissende Uterus. Bonn. 1886 (52 figures).

M. Hofmeier........... Das untere Uterinsegment in anatomischer und physiologischer Beziehung... In K. Schroeder, Der Schwangere und Kreissende Uterus. Bonn. 1886 (52 figures).

W. Waldeyer.......... Medianschnitt einer Hochschwangeren bei Steisslage des Fötus. Nebst Bemerkungen über die Lage und Formverhältnisse des Uterus gravidus nach Längs und Querschnitten (avec atlas)............ Bonn. 1886.

Pinard................. Article Grossesse du Dre Encyclopédique des sc. médicales..................... 1887.

A. H. F. Barbour...... Sectional Anatomy of Labour............ Edinb. med. Journal, Avril, Mai, Juin, 1887.

I

UTÉRUS GRAVIDE

A l'état de vacuité le col de l'utérus mesure de l'orifice externe à l'orifice interne 26 à 30 millimètres comme en témoigne le tableau suivant que nous empruntons à l'atlas de Lenoir, M. Sée et Tarnier.

	Vierges	Nullipares	Multipares
Diamètre vertical du col :	28 millim. (Aran)	25 à 26	21 à 28 (Guyon
	26 à 29 (Guyon)	—	—

La portion vaginale du col a, à elle seule, 6 à 12 millim. de longueur.

Nous avons, dans le tableau suivant, réuni 52 observations dans lesquelles le col de l'utérus gravide a été mesuré sur la table d'autopsie :

	Nom de l'observateur	Age de la grossesse	Long. totale du col	
1	Bandl	5e semaine	2 cent.	Multipare.
2	—	—	2 cent.	Multipare.
3	Bayer	2 mois	5 cent.	Primipare.
4	Trew	—	3 cent.	
5	Coste	3 mois	2 cent. 7	
6	Duncan	—	3 cent. 5	
7	Léopold	—	4 cent.	
8	Bayer	—	5 cent.	Primipare.
9	Mme Boivin	4 mois	3 cent.	
10	Küstner	—	3 cent. 5	
11	—	—	3 cent.	

	Nom de l'observateur	Age de la grossesse	Long. totale du col	
12	Bandl	4 mois	4 cent. 5	
13	Léopold	—	4 cent. 5	
14	Pinard	—	4 cent. 5	
15	Bayer	—	4 cent. 5	Multipare.
16	Barnes	5 mois	3 cent. 5	
17	Hunter	—	3 cent.	
18	Léopold	—	4 cent.	
19	Bayer	—	5 cent.	Multipare.
20	Langhans et Müller	5 mois 1/2	4 cent.	
21	Rœderer	6 mois	3 cent.	
22	Küstner	—	3 cent.	
23	Hofmeier	—	4 cent.	Secondipare.
24	Leopold			
25	—	6ᵉ et 7ᵉ	5 cent.	
26	—			
27	Bayer	7 mois	4 cent. 3	Primipare
28	Hofmeier	—	4 cent.	
29	—	—	3 cent.	
30	Duncan	—	3 cent.	
31	Pinard	7 mois 1/2	4 cent.	
32	—	—	4 cent.	
33	Duncan	8 mois	2 cent. 5	
34	—	—	4 cent.	
35	Bandl	—	3 cent.	
36	Léopold	—	4 cent. 5	
37	—	—	4 cent.	
38	Hofmeier	9 mois	3 cent. 5	Primipare.
39	Sänger	—	5 cent. 5	Sommet
40	Bayer	à terme	3 cent.	Multipare.
41	—	—	3 cent.	Primipare.
42	—	—	plus de 3 cent.	
43	Budin	—	5 cent.	
44	Macdonald	—	3 cent. 75	14ᵉ grossesse.
45	Léopold	—	4 cent. 75	Primip. Sommet
46	Lüsk	—	4 cent.	Primipare.
47	—	—	4 cent.	Multipare.
48	—	—	4 cent.	Multipare.
49	Pinard	—	4 cent.	Siège.
50	Hofmeier	—	4 cent.	
51	—	—	4 cent.	Gross. gémellaire.
52	Waldeyer	—	3 cent. 9	10ᵉ gross. Siège.

A ce tableau nous ajouterons la citation suivante de Taylor :

« J'ai été assez heureux pour assister à 25 *autopsies* de femmes mortes pendant le 8e et le 9e mois de la grossesse.

« De ces 25 femmes 16 étaient à terme, quelques-unes au début, quelques-unes à la première période du travail.

« Dans tous les cas, aussi bien au 8e qu'au 9e mois nous avons trouvé que le col avait conservé la même longueur depuis la conception jusqu'au travail. Dans quelques cas le col était allongé et cet allongement n'était pas dû seulement au travail, mais à une hypertrophie physiologique qui existe avant tout début de travail.

« Sur ces 25 cas 10 fois le col mesurait de 2 pouces à 2 pouces 5/8 (de 51 à 69 millim.)

« 11 fois il mesurait de 1 1/4 à 2 pouces (de 32 à 51 millim.)

« 4 fois de 3/4 à 1 pouce. (de 19 à 26 millim.)

« L'examen de 3,000 femmes placées dans toutes les positions m'a donné les mêmes résultats. »

Si donc nous prenons comme moyenne de la longueur du col à l'état de vacuité 26 à 30 millim. nous voyons que le col s'hypertrophie pendant la grossesse. Mais comme l'a dit M. Tarnier cette hypertrophie est peu considérable relativement à l'hypertrophie du reste de l'organe.

De ce que dans le tableau précédent on trouve des cols de 5 cent. il ne faudrait pas en conclure en effet que sous l'influence de la gravidité ils ont gagné 2 centim.; et de même, de ce que certains cols n'ont que 3 centim., il ne faudrait pas conclure qu'ils ont échappé à l'hypertrophie ou qu'ils ont déjà diminué de longueur.

En effet les chiffres de 26 à 30 millim. que nous avons pris pour étalons ne sont que des moyennes. Mais on trouve à l'état de vacuité des cols qui ne mesurent que 2 centim.; d'autres (Lushka) atteignent 3 centim. 1/2.

On comprend aisément, sans qu'il soit nécessaire d'insister, que suivant que l'hypertrophie de la grossesse atteint un col de 2 centim. ou de 3 centim. 5 elle puisse l'amener à mesurer de 3 à 5 centim. chiffre maximum et rarement atteint.

Quant à la part qui revient sur ces 3 ou 5 centim. à la portion vaginale nous manquons actuellement de documents anatomiques suffisants pour l'établir. (On sait que A. Martin et M. Pinard ont observé cliniquement une augmentation parfois considérable dans la longueur des lèvres antérieure et postérieure de cette portion.)

Voilà un premier fait établi : Le col s'hypertrophie pendant la grossesse ; il mesure de 3 à 5 centim.

Le second fait qui découle de l'étude du précédent tableau et sur lequel nous voulons surtout insister est le suivant :

Le col conserve sa longueur et son intégrité jusqu'au début du travail.

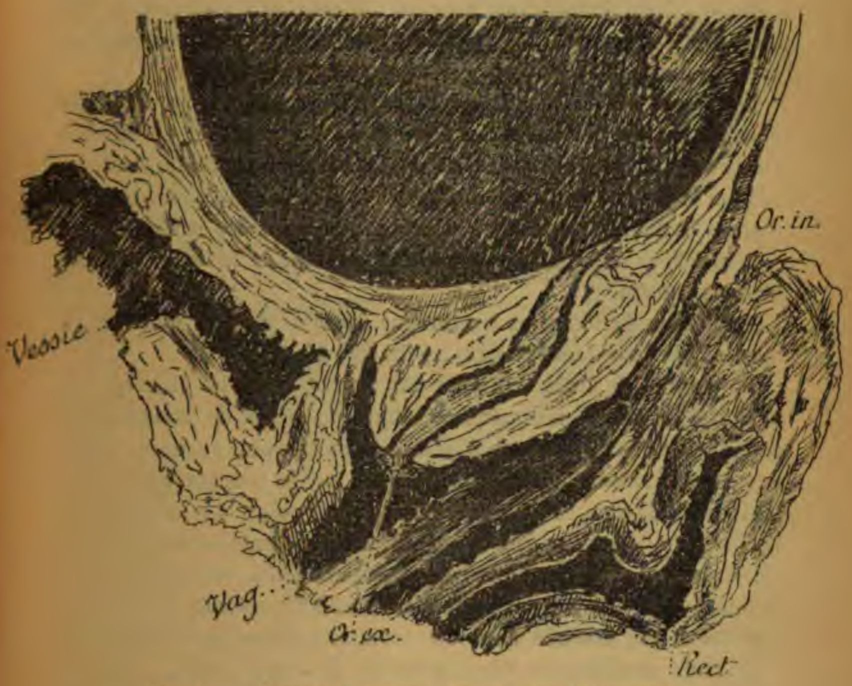


FIG. 1. — (D'après la figure 5 du mémoire d'HOFMEIER.)

Coupe verticale, médiane et antéro-postérieure du Col et du segment inférieur d'un utérus gravide à terme.

Longueur du Col 3 cent. 5. — Epaisseur du segment inférieur 4 mill. — Epaisseur du segment moyen non représenté. 7 millim.

Mais alors qu'est le segment inférieur de l'utérus gravide que Bandl, après Mauriceau et Rœderer, considérait comme développé pendant les derniers mois de la grossesse aux dépens du col ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Lorsqu'on fait une coupe verticale, médiane et antéro-postérieure

du col et du corps d'un *utérus gravide à terme* voici ce que l'on constate (Taylor, Macdonald, Pinard, Hofmeier, Waldeyer).

L'organe peut-être comme à l'état de vacuité divisé en deux parties nettement distinctes :

Le col.

Le corps.

Le col très ramolli, œdémateux, hypertrophié, mesure de 3 à 5 centim. de l'orifice externe à l'orifice interne au niveau duquel cesse la muqueuse cervicale et où commence la caduque.

Le canal cervical est légèrement fusiforme comme à l'état normal, rempli de mucus, plus ou moins dilatable et perméable suivant l'état de primiparité ou de multiparité ; mais dans aucun cas on n'y retrouve cette dilatation fusiforme très marquée qui d'après Stoltz devait résulter du rapprochement des orifices.

L'épaisseur de la paroi cervicale, au niveau de la base est d'environ 1 centim. 1/2.

Au-dessus du col et se continuant à angle plus ou moins aigu avec sa cavité se trouve la cavité du corps.

Au niveau de l'orifice interne qui sépare la cavité du corps de la cavité du col, la muqueuse change d'aspect et de constitution comme nous le disons page 54. Les membranes plus ou moins adhérentes recouvrent l'orifice déjà oblitéré par le bouchon muqueux, mais nous devons faire remarquer qu'au point où correspond l'orifice il y a peu ou pas de membranes maternelles. Si la caduque existe elle est à peine visible ; les membranes fœtales (chorion, amnios) seules se voient nettement. Enfin l'épaisseur de la paroi utérine est loin d'être la même au-dessus et au-dessous de cet orifice.

Si nous considérons l'épaisseur de la paroi utérine sur la coupe du corps nous voyons qu'elle est variable suivant les régions et qu'on peut à ce point de vue diviser l'utérus en 3 zones distinctes.

Une zone inférieure.

Une zone moyenne.

Une zone supérieure.

L'épaisseur de la paroi de la zone inférieure, très inférieure à celle du col, est notablement moins considérable que celle de la zone moyenne ; la différence peut aller de 5 millim. à 1 centim.

Cette différence d'épaisseur cesse en général assez brusquement à 5 ou 7 centim. au-dessus de l'orifice interne, sans qu'il existe

cependant à l'union des deux zones un anneau saillant reconnaissable sur la coupe.



FIG. 2. — (Réduction d'une planche grandeur nature de l'Atlas de WALDEYER.)

Elle représente une coupe médiane, après 10 jours de congélation, d'une femme de 38 ans arrivée au terme de sa dixième grossesse et amputée des deux cuisses par une locomotive; le col hypertrophié mais sauf cela intact et tel qu'il est dans les premiers mois de la grossesse, mesure 3c,9 de l'orifice externe à l'orifice interne qu'on voit fermé et recouvert par les membranes.

Le segment inférieur de l'utérus et la région en rapport avec la tête ont une paroi plus mince que le reste de l'organe. — Pas trace d'anneau de Bandl (Pour les détails, voy. FIG. 4).

Lorsqu'on cherche à décoller le péritoine de la paroi antérieure

de l'utérus depuis sa réflexion, on constate qu'on ne peut le décoller facilement que jusqu'au niveau du point où se fait le changement d'épaisseur précédemment signalé, c'est-à-dire à 5 ou 7 c. au-dessus de l'orifice interne. Ce fait est constant. De telle sorte qu'à défaut d'un changement d'épaisseur notable, la ligne d'adhérence du péritoine à la musculature utérine peut servir à délimiter la zone moyenne de la zone inférieure ou segment inférieur.

Le segment inférieur est en effet toute cette partie du corps de l'utérus qui s'étend entre l'orifice interne du col intact et le point où le péritoine adhère intimement à la fibre utérine, où cesse l'amincissement de la zone inférieure pour faire place à l'épaississement de la zone moyenne.

C'est ce segment qui, dans les présentations du sommet, est en rapport avec le pôle inférieur de l'ovoïde céphalique, et dont la paroi antérieure surtout descend, poussée par lui, plus ou moins bas dans l'excavation à la fin de la grossesse.

Au-dessus du segment inférieur la paroi utérine mesure souvent dans le reste de son étendue 1 c. 5.

Vers le fond elle s'amincit légèrement là où elle est en rapport avec le pôle supérieur du fœtus.

M. Pinard insiste beaucoup sur cet amincissement mécanique des pôles et dans les autopsies que nous avons faites avec lui nous avons pu le constater chaque fois.

C'est ainsi que sur l'utérus d'une femme morte au terme de sa grossesse (présentation du siège) on notait un amincissement marqué (de moitié) du tissu utérin au niveau des points où reposait le siège (fosse iliaque) et où appuyait la tête.

Cet amincissement du segment inférieur se fait de bonne heure; il y a un mois chez une femme morte enceinte de 7 mois 1/2 (présentation du sommet amorcé) nous avons pu voir la paroi utérine qui partout ailleurs mesurait 1 centimètre d'épaisseur n'atteindre que 3 à 4 millim. sur le segment inférieur.

Nous verrons l'amincissement et l'élongation mécanique de ce segment s'accuser davantage encore sur l'utérus en travail.

On a sans doute remarqué dans la description qui précède l'absence de l'anneau de Bandl.

C'est qu'en effet nous avons supposé que notre coupe avait porté sur un utérus renfermant encore son contenu, œuf complet.

Lorsque, comme l'a fait Bandl dans les cas consignés dans son

mémoire, on sectionne un utérus dont on a, par l'opération césarienne, extrait le fœtus, l'aspect des parties devient un peu différent. Le col conserve ainsi que le segment inférieur les caractères

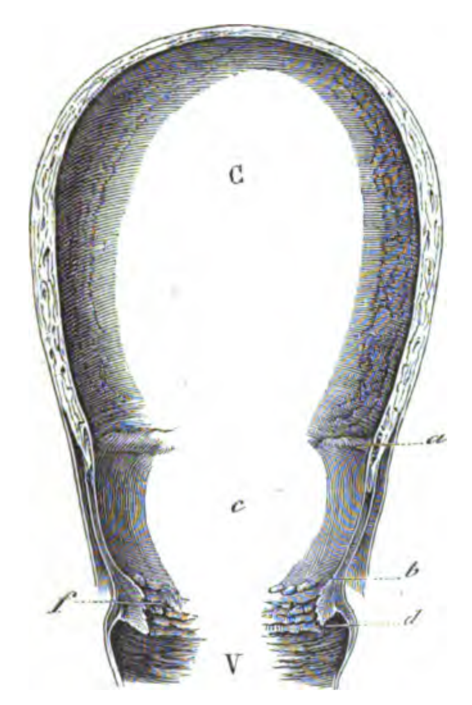


Fig. 3 (d'après Bandl). — Coupe (*après opération césarienne*) de l'utérus d'une primipare morte dans le dixième mois de la grossesse.

C. Cavité du corps de l'utérus.	C. Cavité du corps de l'utérus.
c. Canal cervico-utérin (d'orine cervicale.	*c*. Segment inférieur (d'origine utérine).
V. Vagin.	V. Vagin.
a. Anneau de Bandl, orifice interne de Braune.	*a*. Anneau de Bandl, anneau de contraction de Schröder, limite de l'onde musculaire de Pinard.
b. *d*. Reste du col utérin.	*b*. *d*. Col utérin.
b. Pseudo orifice interne de Müller.	*b*. Orifice interne du col (limite de la muqueuse cervicale).
d. Orifice externe (Bandl).	*d*. Orifice externe (Pinard et Hofmeier).

que nous avons étudiés précédemment, mais au niveau du point où nous avons limité en haut le segment inférieur (ligne d'adhérence du péritoine, fin de l'amincissement) on voit se former par suite de la rétraction de l'organe un anneau saillant à l'intérieur que nous retrouverons également sur l'utérus parturient, et à un plus haut degré sur l'utérus puerpéral.

Cet anneau est l'anneau de Bandl, l'anneau de contraction de Schrœder, l'orifice interne du canal de Braune, la limite de l'onde musculaire de Pinard. C'est lui que Braune donnait comme limite entre le col qui comprenait tout ce qui était au-dessous et le corps qui comprenait tout ce qui était au-dessus.

Au point de vue histologique il existe également des différences tranchées entre le col et le corps (segment inférieur et corps proprement dit).

Voici comment Waldeyer décrit la coupe de l'utérus gravide à terme dont j'ai déjà parlé.

Les coupes, faites par lui et par ses assistants, ont été faites à travers le segment du corps de l'utérus et des membranes attenant à l'orifice interne, puis à travers le canal cervical et la portion vaginale après séjour du tout dans la celloïdine.

Les glandes des deux tiers inférieurs du col sont très hypertrophiées et se prolongent à l'extérieur sur les deux lèvres du museau de tanche; dans le tiers supérieur elles sont plus petites et plus rares mais encore distinctes.

L'épithélium est conservé seulement par place à la surface du canal cervical, mais il reste intact au niveau des cryptes glandulaires y compris celles qui sont au voisinage de l'orifice interne. Nulle part il n'y a de cils vibratiles.

Les glandes vont jusque près des points a et b *mais elles cessent sur la partie voisine de la coupe qui fait partie du corps de l'utérus.*

Dans les 2/3 supérieurs du canal cervical se trouve un épais bouchon muqueux qui dépasse un peu en haut l'orifice interne de sorte que les membranes ne font pas en ce point la plus petite hernie dans la cavité cervicale.

Les membranes de l'œuf qui recouvrent le segment inférieur se laissent aisément reconnaître. Mais on ne réussit pas à distinguer une caduque vraie de la réfléchie. Sur la coupe, on voit, en allant de dedans en dehors :

1° L'épithélium de l'amnios entièrement conservé et formé d'une seule couche de cellules plates ; puis

2° Une substance finement granuleuse qui unit l'amnios et le chorion.

3° Le chorion.

Entre le chorion et la couche conjonctive interne de la paroi utérine, qui ne présente pas ici l'infiltration lymphatique habituelle, est une couche épaisse de cellules qui doivent représenter l'épithélium chorial, puis les caduques vraie et réfléchie. Dans la figure cette couche est représentée par une épaisse ligne noire sous le nom de couche de cellules et muqueuse utérine.

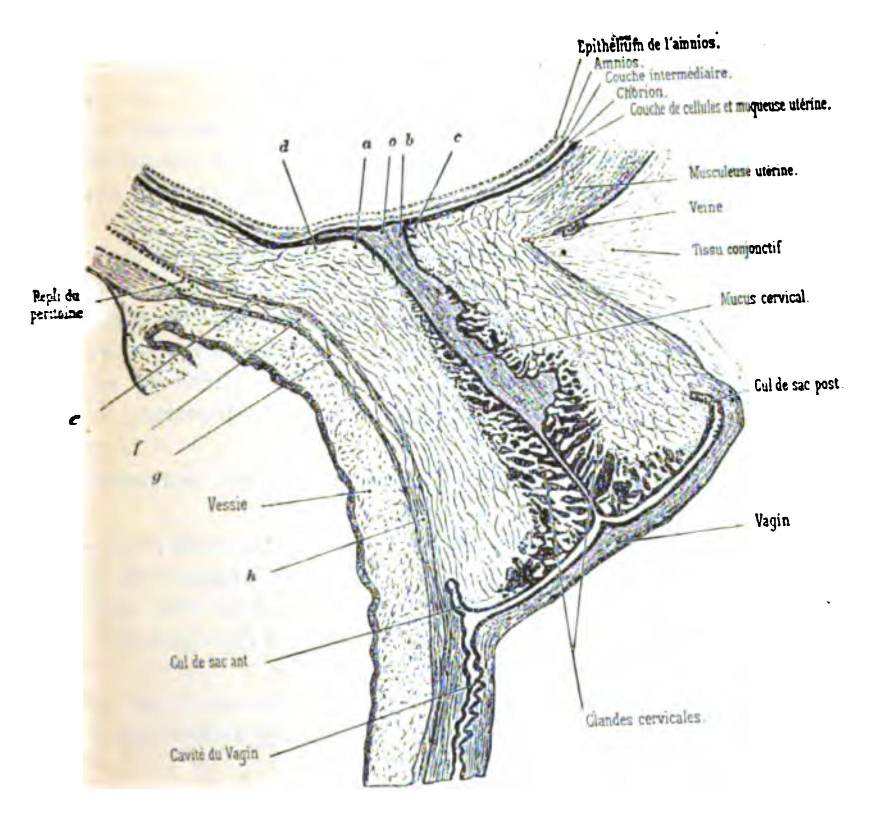


Fig. 4 (d'après Waldeyer). — Coupe un peu grossie du col et d'une partie du segment inférieur de l'utérus représenté dans la Fig. 2.

Les membranes passent sans aucune modification sur l'orifice interne c'est-à-dire sur le bouchon muqueux.

Etudions maintenant la *texture* de la paroi sur une coupe mince, pareille à une tranche de melon, faite suivant toute la longueur de l'utérus et du col et étendue et fixée à l'aide d'épingles sur une plaque de liège. Voici ce qu'on voit dans tous les cas d'après Hofmeier dont j'ai pu deux fois vérifier la description.

Tandis que par cette préparation on peut aisément dissocier les éléments constituants du segment inférieur et du corps il est impossible de dissocier ceux du col.

Il y a ressemblance parfaite entre le segment inférieur et le corps proprement dit. Les éléments musculaires qui les constituent sont disposés en véritables feuillets rappelant ceux d'un livre. La seule nuance qui existe entre le segment inférieur et le reste du corps utérin est la suivante :

La dissociation de ces feuillets est plus facile sur le segment inférieur. Les feuillets y sont moins adhérents entre eux, de même qu'ils sont moins adhérents au péritoine. Ils sont moins nombreux, plus grêles.

Si fort qu'on étende les coupes du col on ne peut arriver à en séparer les éléments les uns des autres. Le tissu du col reste compacte. Les éléments musculaires du segment inférieur y disparaissent, y plongent en s'irradiant et on les perd absolument de vue au niveau de l'orifice interne. C'est à peine si à la périphérie du col on trouve quelques fibres musculaires qu'on puisse dissocier.

Les données anatomiques précédentes peuvent être facilement mises d'accord avec les faits cliniques.

Il est impossible d'admettre en effet que des observateurs d'un mérite tel que Mauriceau, Stoltz, se soient complètement mépris.

Tout ce qu'ils ont dit du raccourcissement du col est vrai, mais en apparence seulement. Ils se sont mépris dans l'interprétation qu'ils ont donnée des sensations perçues.

Lorsqu'on pratique le toucher à la fin de la grossesse, le col est si mou qu'il s'effrondre sous le doigt, et que, comme le dit Mauriceau, il est tout aplani.

Mais à cause de cette mollesse extrême il faut se mettre en garde contre les sensations perçues pendant les 3 derniers mois.

« Je crois, écrivait Duncan en 1863, que la doctrine erronée de



FIG. 5 (d'après HOFMEIER). — Tranche mince du col, du segment inférieur et du corps d'un utérus à terme étalée et fixée sur une plaque de liège.

Rœderer et de ses successeurs, jusqu'à l'époque présente, est basée sur la méprise du doigt de ces accoucheurs, ou mieux sur l'interprétation anatomique erronée des modifications physiques perçues par le doigt.

« Le doigt trouve de la mollesse et l'accoucheur, aveuglé par sa théorie préconçue, déclare qu'il trouve un raccourcissement réel, un effacement de haut en bas, etc. »

Les mêmes paroles peuvent être appliquées, comme le prouvent les autopsies de femmes arrivées au terme de la grossesse, aux sensations perçues par Duncan lui-même et par Stoltz durant les derniers jours de la grossesse (Taylor, Macdonald, Lusk, Pinard, Hofmeier, Waldeyer, Léopold).

C'est ce fait que M. Pinard a bien fait ressortir lorsqu'il dit :

Oui, en effet les sensations perçues par le doigt qui monte de l'orifice externe à l'interne sont bien celles qu'ont décrites Stoltz, Bandl et leurs successeurs.

Mais la sensation de retour est absolument différente.

Le col, au doigt qui revient, paraît avoir le double de ce qu'on le fait à l'aller.

J'ai pu pour ma part dans maintes circonstances m'assurer de l'exactitude de cette explication.

Lorsqu'on touche une femme arrivée au terme de sa grossesse. que la tête soit ou ne soit pas engagée, la portion vaginale très molle paraît ne plus former qu'un léger moignon à peine saillant. Si le col est perméable et qu'on pratique le toucher intra-cervical il semble qu'on ait à peine à parcourir un canal de 1 centim. 1/2 à 2 centim. pour arriver à l'orifice interne au-dessus duquel on sent les membranes.

Il paraît donc que le col est effacé ou en voie d'effacement.

Mais, en ramenant doucement le doigt de l'orifice interne à l'orifice externe, on a la sensation très nette que le col a encore près de 4 centimètres, c'est-à dire toute sa longueur.

Pour contrôler les sensations fournies par le doigt j'ai eu souvent recours au procédé suivant :

Sur le doigt comme guide, j'introduisais jusqu'à l'anneau de Müller encore fermé, le mandrin du ballon excitateur de M. Tarnier ; puis, en laissant l'extrémité au niveau de l'orifice interne, je ramenais le doigt lentement de haut en bas longeant la paroi cervicale et le mandrin tout ensemble. Au moment où le col aban-

donnait le doigt j'arrêtais la pulpe de l'index sur le mandrin, et la mensuration me donnait 3 centim. 1/2 à 4 centim. quelquefois 5 centim. ; et cela 3 ou 4 fois de suite.

C'est-à-dire que l'on obtient vraisemblablement ainsi la longueur vraie du col, telle que l'ont trouvée dans leurs autopsies les auteurs déjà cités.

Ces notions ont une grande importance clinique sur laquelle M. Pinard insiste depuis longtemps dans son service. La voici :

Si, dit-il, examinant à la fin de la grossesse une femme qui n'a ni jumeaux, ni hydropisie de l'amnios (deux conditions pouvant produire la déhiscence du col) et chez qui l'on n'a pas, avant vous, pratiqué des touchers répétés, vous trouvez le col effacé au retour aussi bien qu'à l'aller, la femme est en travail.

Voici à ce sujet deux observations qui me paraissent mériter d'être rapportées.

OBSERVATION I. — Le 28 février 1887 se présente à la Maternité de Lariboisière une femme de 31 ans, molle et blonde, primipare, qui, sentant approcher le terme de sa grossesse, est venue la veille de Blois à Paris pour y faire ses couches.

Elle vient demander quand elle accouchera. Dernières règles du 1er au 3 juin. Sommet en OIGA profondément engagé. Deux élèves du service l'examinent, et en l'absence de contractions douloureuses concluent qu'il n'y a pas de début de travail et que la femme doit retourner chez elle jusqu'à ce qu'elle ressente des douleurs.

M. Auvard examinant cette femme pour contrôler le diagnostic porté trouve le col complètement effacé et une dilatation lenticulaire. Il n'y a pas l'ombre de contractions douloureuses. M. Auvard me priant de formuler un diagnostic ferme je me prononce, m'appuyant sur l'effacement complet du col, pour un début de travail.

J. est gardée dans le service en observation. Durant toute la journée elle ne ressent pas une douleur.

A plusieurs reprises je sens en la palpant le ventre durcir et l'utérus se contracter sans que la femme perçoive la moindre sensation douloureuse.

J. dort toute la nuit du 28 au 1er. Le matin du 1er à la visite l'orifice externe est dilaté comme 50 centimes.

Le 2 mars au matin la dilatation est grande comme 5 francs.

L'après-midi, pendant qu'elle travaille assise dans la salle, J.

se sent tout à coup mouillée ; elle se lève étonnée et voit le plancher largement taché par l'écoulement du liquide amniotique. Elle n'éprouve aucune douleur et ne peut croire qu'elle est entrain d'accoucher. A ce moment la dilatation est plus grande que 5 francs.

A la contre-visite je trouve la dilatation complète. Il n'y a pas encore eu une contraction douloureuse.

A 7 h. 1/2 la femme éprouve le besoin de pousser. Pour la première fois elle souffre. On la force à se coucher. La tête est à la vulve et en 2 douleurs l'accouchement est terminé.

Délivrance naturelle 10 minutes après, sans que J. ait ressenti une douleur.

L'enfant est une fille de 2680 grammes,

Il est à remarquer que la mère de cette femme (au dire d'une tante) accouchait toujours sans douleurs, sans sage-femme ni médecin, en travaillant, et se levait le lendemain.

Les suites de couches ont été bonnes et J. est sortie de l'hôpital le 9e jour ayant plus souffert pour allaiter son enfant que pour accoucher.

Observation II. — La nommée L. B, 17 ans. blanchisseuse,entre le 15 avril 1887 à la Maternité de Lariboisière. Parisienne, très petite, ayant au plus haut degré l'air de famille des rachitiques, elle est enceinte pour la première fois.

Bien réglée depuis l'âge de 12 ans elle a eu ses dernières règles du 15 au 18 août.

A son arrivée dans le service on note : Présentation du sommet, tête mobile au détroit supérieur.

Diamètre promonto-sous-pubien 10 cent. 2.

M. Auvard décide de tenir la femme en observation et de ne provoquer l'accouchement qu'à partir du moment où le volume de la tête menacera d'opposer un sérieux obstacle.

11 mai. Il n'y a aucune tendance à l'engagement. Lorsqu'on applique la tête sur le promontoire, d'après la méthode préconisée par M. Pinard, elle commence a déborder d'une façon inquiétante la symphyse pubienne.

M. Auvard songe à provoquer l'accouchement. Or, bien que la femme n'ait aucune contraction douloureuse, le toucher permet de constater un effacement complet du col ; la poche des eaux arrive à l'orifice externe.

D'après ce que j'ai dit plus haut la femme devait être considérée comme en travail et il devenait inutile de provoquer l'accouchement.

La femme est tenue en observation. Bien qu'il n'y ait pas de contractions douloureuses le travail fait des progrès.

Le 12 et le 13. Douleurs lombaires. L'orifice atteint les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

Le 14. La dilatation est comme 2 francs.

Le 15. L'orifice externe est large comme une pièce de 5 francs.

Les premières douleurs franches n'apparaissent que le 16 à 3 h. du soir. Les membranes se rompent spontanément. La dilatation est grande comme 5 francs. Elle est complète le 17 à 1 h. 1/2 du matin. Je termine l'accouchement par une application de forceps au détroit supérieur (application promonto-pubienne sur une tête fléchie en OIDT). L'enfant vivant, pèse 3070 gram. Son diamètre bipariétal mesure 9 cent.

Suites de couche apyrétiques.

(La longue durée du travail ne doit pas nous étonner étant donné le rétrécissement du bassin.)

Les données anatomiques précédentes expliquent encore certaines manières d'être du placenta prævia.

« Dans beaucoup de cas de placenta prævia appartenant à toutes les variétés, on ne rencontre pas l'hémorrhagie des trois derniers mois ; souvent ils arrivent à terme où jusque près du terme sans qu'il y ait eu aucune hémorrhagie pendant la grossesse » (Duncan).

C'est là à coup sûr un fait qu'on ne pouvait expliquer avec la théorie ancienne de Mauriceau et Rœderer.

Il ne se comprend pas davantage avec la théorie de Bandl qui a conduit R. Barnes à admettre une impossibilité.

En effet, ouvrez le livre de Barnes (trad. franç. à la page 559), vous y trouverez un « diagramme illustrant la théorie de Barnes sur le placenta prævia » sur lequel une ligne C. D. marque « la limite supérieure du segment inférieur, ou cercle polaire inférieur de Barnes, ou anneau de Bandl » et l'auteur nous dit :

« La distinction entre l'hémorrhagie inévitable et l'accidentelle repose sur les caractères suivants : dans les deux cas le sang vient de la surface utérine dont le placenta s'est détaché ; mais dans

l'hémorrhagie dite accidentelle le placenta est inséré au-dessus de l'anneau de Bandl, dans l'hémorrhagie dite inévitable, *il s'est fixé totalement ou en partie sur le segment utérin inférieur au-dessous de l'anneau de Bandl.* Et plus haut M. Barnes déclare qu'il adopte de tous points la théorie de Bandl sur la formation du segment inférieur.

Or l'anneau de Bandl est dans cette théorie (dernière manière) *la limite entre le corps utérin et le col.*

Tout ou presque tout ce qui est au-dessous de l'anneau de Bandl est formé à partir du 6e ou 7e mois aux dépens du col.

La paroi musculaire du segment inférieur est formée aux dépens des fibres musculaires du col. La caduque sur laquelle s'insère totalement le placenta prævia, marqué Pl. Pr. C. dans le diagramme de Barnes, est *la muqueuse cervicale transformée en caduque.*

C'est-à-dire que le placenta prævia central de Barnes, est un placenta qui, primitivement inséré sur la caduque du corps, a dû à une certaine époque de la grossesse changer complètement de place puisque quand le segment inférieur est formé il adhère totalement à la muqueuse cervicale transformée en caduque. A moins qu'on admette comme relativement fréquente l'insertion cervicale du placenta !

Est-ce là ce qu'a voulu dire M. Barnes ? Assurément non. Cet argument nous en dispensera d'autres contre la théorie de Bandl.

Si l'on admet que le fait sur lequel insiste Duncan soit une objection de poids contre les théories de Mauriceau et de Bandl, on doit admettre qu'il a tout autant de valeur contre celle de Stoltz.

En effet, si beaucoup de cas de placenta prævia appartenant à toutes les variétés *arrivent à terme* sans qu'il y ait eu d'hémorrhagie, comment mettre ce fait d'accord avec l'effacement des derniers jours, de la dernière quinzaine.

De même que si la théorie de Mauriceau et de Bandl était vraie on devrait dans tous les cas de placenta prævia observer des hémorrhagies dans les 3 derniers mois, de même si celle de Stoltz était vraie on devrait toujours observer ces hémorrhagies pendant les quinze derniers jours. Ce qui n'est pas, c'est Duncan lui-même qui l'affirme.

Cette objection avait déjà frappé Jacquemier (P. 239). « On voit assez souvent disait-il la perte se manifester pour la première fois seulement au moment où le travail se déclare spontanément, bien

que le placenta recouvre l'orifice interne, par conséquent à une époque où la cavité du col est supposée concourir déjà depuis quelque temps à l'ampliation de l'utérus. Doit-on admettre que l'œuf fécondé, après être descendu dans la partie inférieure du corps de l'utérus franchit l'orifice interne et s'arrête seulement dans la cavité du col pour s'y fixer et s'y développer, et que le placenta peut avoir avec l'orifice externe les mêmes rapports qu'avec l'orifice interne ?

« Je m'explique la perte qui se manifeste la première fois après que le travail s'est déclaré, en admettant comme une chose conforme à la vérité que chez un grand nombre de femmes, surtout parmi celles qui ne sont pas enceintes pour la première fois, l'accouchement se déclare à l'époque où l'orifice interne se prépare à s'ouvrir, ce qui expliquerait ces variations de 8, de 12 et même de 15 jours si communes dans la durée de la grossesse. »

Il est aisé de voir combien Jacquemier est mal à l'aise dans ses explications.

Si l'orifice interne ne s'ouvre qu'au début du travail l'absence d'hémorrhagie avant ce temps dans certains cas de placenta prævia, s'explique au contraire tout naturellement.

Pourquoi donc si souvent l'insertion du placenta sur le segment inférieur détermine-t-elle :

L'hémorrhagie à partir du 7e mois.

L'accouchement prématuré.

La rupture prématurée des membranes réunies ou isolées. ?

C'est que comme l'avait si bien vu Jacquemier *le segment inférieur dc l'utérus est soumis pendant cette période à une distension mécanique* que trahit si nettement déjà l'amincissement du corps utérin au niveau du pôle fœtal inférieur.

« La rapidité de l'ampliation du segment inférieur du corps de l'utérus, et *sa distension mécanique*, pendant les derniers mois de la grossesse, qui le font descendre, dans un court espace de temps, assez profondément dans l'excavation du bassin, surtout lorsque le fœtus présente la tête, constituent la cause ordinaire de l'hémorrhagie jusqu'à une époque très rapprochée du terme de la gestation, » et plus loin : « Lorsqu'à l'ampliation organique que le placenta peut le plus ordinairement suivre, vient s'ajouter la *distension mécanique* que subit le segment inférieur de l'utérus, et qui le fait plus ou moins proéminer dans l'excavation du bassin, le

tiraillement augmente d'une manière très marquée et entraîne souvent le décollement d'une portion du placenta, de là la fréquence croissante de l'hémorrhagie pendant le 7e, le 8e mois et une partie du 9e *quoique l'orifice soit encore exactement fermé au moment où elle se déclare pour la* 1re *fois.* »

Cette distension mécanique du segment inférieur à la fin de la grossesse explique non seulement les hémorrhagies, mais l'accouchement prématuré et la rupture prématurée des membranes liées à l'insertion vicieuse du placenta.

Dans un mémoire récent sur la rupture prématurée des membranes, M. Pinard a montré comment cette distension mécanique agissait en dehors de toute modification du col.

Lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus, les membranes soumises en même temps que le segment inférieur à la pression uniforme et également répartie du pôle fœtal inférieur, conservent notamment avec le segment inférieur des rapports de contiguïté et de continuité. Elles suivent en raison de leur extensibilité l'expansion du segment inférieur pendant les derniers mois.

Lorsqu'au contraire le placenta est inséré sur le segment inférieur toute la portion de la paroi utérine correspondant à son insertion ne peut prendre part au développement. Aussi l'ampliation se fait aux dépens d'une partie seulement du segment inférieur et cette partie subit une distension considérable.

D'un autre côté l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face fœtale du placenta, il ne peut prêter de ce côté ; il tire sur le placenta.

Si le placenta cède il y a hémorrhagie. Si le placenta résiste, c'est le chorion qui se rompt. L'amnios peut résister encore plus ou moins longtemps ; mais comme il est seul alors à supporter la pression intra-amniotique, il se rompt le plus souvent consécutivement.

Dans les 2 cas il peut y avoir travail prématuré.

Plus la distension mécanique du segment inférieur sera prononcée plus les accidents en question auront chance de se produire.

De là la plus grande fréquence de la rupture prématurée des membranes chez les primipares que chez les multipares.

Chez ces dernières en effet le segment inférieur subit peu de

distension : l'engagement est moins précoce et moins prononcé.

L'accommodation pelvienne se produit plus tardivement.

De là encore la fréquence de la rupture prématurée des membranes dans les cas de présentation du sommet avec engagement profond dans l'excavation déjà signalée par Cazeaux.

Si, disait M. Pinard, dans certains cas on n'observe ni rupture prématurée ni décollement placentaire c'est en raison de la résistance des membranes, de la résistance du placenta, de la présentation du fœtus et des circonstances qui font que les pressions et les distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail où d'autres facteurs entrent en jeu.

Voici à ce sujet une observation qui nous paraît intéressante à rapporter.

La nommée Soph. G..., 25 ans, entre le 19 septembre 1885 à la Maternité de Lariboisière, salle Ste-Anne, lit 27, service de M. le Dr Pinard (dont j'étais alors l'interne).

Elle est enceinte pour la première fois. Bien qu'elle paraisse tout près du terme et qu'elle soit bien conformée, on constate que le fœtus, vivant, se présente par l'épaule droite en acromio-iliaque gauche.

Après quelques jours d'observation, pendant lesquels il ne se manifeste aucune tendance à l'accommodation, on applique la ceinture eutocique après avoir ramené au-dessus du détroit supérieur la tête qui reste mobile.

Les premières contractions douloureuses apparaissent le 4 octobre à 7 heures du soir. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation complète et G. expulse le 5 octobre à 5 heures du matin une fille vivante de 3720 grammes.

Les membranes mesuraient 4/30. Il y eut une hémorrhagie grave après la délivrance.

En l'absence des causes habituelles de non accommodation chez cette primipare à terme, M. Pinard avait pensé qu'il s'agissait peut-être d'une conformation spéciale de l'utérus entraînant une accommodation également spéciale.

Sophie G..., revient le 3 mars 1887, dans le service de M. Pinard suppléé par M. le Dr Auvard.

Elle est enceinte pour la seconde fois. Dernières règles du 26 au 28 mai. La grossesse approche donc du terme.

Le fœtus se présente cette fois encore en acromio-iliaque gauche

de l'épaule droite ; la tête a élu domicile fixe dans la fosse iliaque du côté gauche et n'agit en aucune façon sur le segment inférieur de l'utérus. Il ne s'agit pas d'un fœtus mobile, pouvant de jour en jour changer de présentation, mais, ainsi que le montrent des examens réitérés (du 3 au 7 mars), d'une accommodation spéciale.

G. dit avoir perdu à deux reprises quelques gouttes de sang depuis une quinzaine ; mais, elle n'a pas eu d'hémorrhagie à proprement parler.

Le 7 mars, M. Auvard ramène la tête au-dessus du détroit supérieur et applique la ceinture de Pinard.

Dans la nuit du 7 au 8 la femme a, pour la première fois, une hémorrhagie, mais légère et cessant spontanément au bout d'une heure.

En examinant le lendemain on constate que la tête est légèrement amorcée au détroit supérieur; le col, perméable, conserve toute sa longueur; l'orifice interne est fermé. On s'explique cette absence d'engagement franc, qui persiste les jours suivants, d'une part par la présence du placenta sur le segment inférieur, d'autre part par le volume de la tête qui paraît au palper un peu exagéré. Quant à l'hémorrhagie elle paraît devoir être attribuée à une tentative rapidement arrêtée d'expansion du segment inférieur.

Le 11 mars à 7 heures du soir le travail commence. Le placenta était marginal, et, par le toucher, on ne sentait tout d'abord que des cotylédons placentaires. Il y eut dès le début du travail une hémorrhagie très grave. Je pus, en introduisant toute la main dans le vagin, et deux doigts dans l'orifice alors dilaté comme 2 francs, atteindre en avant le bord du placenta et rompre les membranes, mais non les dilacérer largement.

L'hémorrhagie ne céda pas complètement à cette rupture insuffisante; mais elle diminua suffisamment pour me permettre d'attendre que l'orifice fût assez dilatable pour laisser passer la main, c'est-à-dire 2 heures. A 11 heures du soir je pus aller chercher un pied et l'amener avec la jambe et la cuisse, dans le vagin. Dès lors l'hémorrhagie cessa définitivement et à 3 heures du matin, la femme expulsait spontanément un garçon bien vivant de 3650 grammes, mesurant 49 centimètres.

Je dus avoir recours pour l'extraction de la tête à la manœuvre de M. Champetier de Ribes. Les diamètres de la tête mesurés immédiatement après l'extraction étaient les suivants :

Occipito-frontal 12 cent. 1/2.

Occipito-mentonnier 14.

Bi-pariétal 10 cent. 1/2.

Bi-temporal 8 centimètres.

Sous-occipito bregmatique 9 1/2.

Délivrance naturelle une demi-heure après; hémorrhagie pendant toute la durée du décollement placentaire.

Après la délivrance l'hémorrhagie continue et ne cède qu'après l'administration de 1 gr. 50 d'ergot.

Les membranes mesuraient 0,38.

Si dans ce cas, avec une insertion à ce point vicieuse du placenta, il n'y a pas eu d'hémorrhagies pendant les trois derniers mois, n'est-ce pas à cause même de cette accommodation spéciale du fœtus qui a soustrait le segment inférieur de l'utérus à ces pressions et à ces distensions localisées auxquelles fait allusion M. Pinard, et qui ne se sont produites qu'au moment où on a corrigé la présentation et surtout au moment du travail où d'autres facteurs sont entrés en jeu ?

Ce sont ces facteurs que nous étudierons dans la seconde partie de cette revue.

H. Varnier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 juin 1887.

M. Porak lit un rapport sur le travail de M. L. Championnière « **3 cas d'ablation des ovaires pour accidents nerveux.** »

La conclusion générale de ce rapport, très étudié, c'est que l'opération de la « *castration* (dans le cas *d'ovaires normaux, pour combattre des accidents nerveux* », ne doit être acceptée qu'avec les plus grandes réserves. Les résultats, en effet, sont incertains et l'opération a pu entraîner la mort. Sans doute, à ce dernier point de vue, on a publié quelques statistiques très rassurantes, les dernières de L. Tait, par exemple; mais, si l'on tenait compte des premiers résultats obtenus par cet opérateur, les chif-

fres ne seraient sans doute pas aussi favorables. M. Olivier, qui a traduit tout récemment le « Traité des maladies des ovaires » du chirurgien anglais » pourra peut-être nous fournir des indications précises sur ce point.

Olivier. — A la question de M. Porak, concernant les statistiques antérieures de L. Tait...je répondrai qu'il m'est impossible de donner des renseignements précis. Je puis dire seulement que Tait a lui-même déclaré que ses statistiques antérieures étaient moins favorables, mais que les résultats se sont améliorés parallèlement avec la technique opératoire.

Martineau. — J'approuve de tous points l'esprit dans lequel a été écrit le rapport de M. Porak. Je reste parfois absolument stupéfait à la lecture, dans les publications étrangères, de castrations pour des accidents nerveux. J'ai lu des récits de pareilles opérations faites pour combattre un ensemble de symptômes liés certainement à une métrite. Or, je n'ai pas encore vu à l'hôpital de Lourcine, où je dispose d'un service qui n'a peut-être pas son équivalent à l'étranger, un seul cas où la castration fut nettement indiquée.

Polaillon. — Je ne puis qu'approuver les réserves faites par M. Porak touchant la castration. Il n'est pas douteux, quel que soit le secours apporté par la méthode antiseptique, qu'il s'agit d'une opération grave. Quant à l'indication précise d'enlever les ovaires sains, je ne l'ai rencontrée que deux fois. Pour les deux cas, les douleurs, correspondant à la région ovarienne, étaient atroces. Dans l'un, le moindre contact, celui de l'étoffe la plus légère, devenait intolérable ; il y avait tendance à la vésanie... Dans les deux cas, je proposai l'opération, mais en indiquant très nettement quelle était sa gravité ; l'opération fut refusée. Certes, si l'on voulait, on pourrait en quelque sorte opérer *par surprise*. Mais quel chirurgien consciencieux consentirait à accepter de telles règles de conduite, surtout quand on n'a pas la certitude que la guérison sera obtenue ? Il existe déjà des observations nombreuses qui prouvent que souvent le résultat a été nul, parfois fâcheux, et que même, dans quelques cas, la mort a été la conséquence de l'opération. Du reste, il y a des circonstances où il n'y a rien de mieux à faire que *ne pas se presser*. J'ai aujourd'hui le souvenir d'une dizaine de femmes qui, sujettes autrefois à des troubles du côté de l'appareil génital, troubles dans lesquels beaucoup de

chirurgiens auraient trouvé certainement l'indication nette d'enlever les ovaires, ont vu peu à peu ces troubles s'amender et qui aujourd'hui, après plusieurs années et sans opération, jouissent de la plus belle santé.

PAJOT. — Comme M. Polaillon, je dirai : *dans certains cas il y a avantage à ne pas se presser.* J'ai aussi le souvenir très net de 3 femmes qui, après avoir été longtemps sujettes à des accidents extrêmement accusés du côté de l'appareil génital, s'exaspérant cruellement à chaque éruption menstruelle, ont vu ces accidents diminuer peu à peu d'intensité. J'ai traité ces femmes par le repos, les opiacés, les sangsues, les vésicatoires. Deux sont entièrement guéries. Quant à la troisième que j'observe voilà tantôt dix années, elle est aujourd'hui dans un état de santé très satisfaisant. En résumé, sauf des cas tout à fait exceptionnels, l'ablation des ovaires ne me paraît justifiée que si ces organes sont malades.

DUMONTPALLIER. — Dans cette question de la castration, on accorde une grande importance à l'existence de *l'ovaralgie*. Mais, cette douleur de l'ovaire est-elle tellement facile à constater ? Etes-vous bien sûr qu'il s'agit d'une douleur ayant son siège dans l'ovaire quand, comme chez une des malades citées par M. Polaillon, on voit cette douleur se réveiller à l'occasion du contact le plus superficiel ? Si vous étudiez de plus près ce phénomène, vous verrez que très souvent il tient à une simple hyperesthésie cutanée. Vous le produisez souvent en effet en ne pinçant que la peau. Enfin, vous déterminez la même douleur chez l'homme en pressant sur la région analogue. Que devient l'ovaralgie ? Et l'on pratiquerait la castration pour combattre des douleurs de cette nature ! La douleur ne suffit donc pas à légitimer la castration. Quant à la légitimité de l'opération basée sur l'existence d'une maladie de l'ovaire, je la reconnais à condition que cette maladie de l'ovaire se traduise par des modifications du volume de l'organe, reconnaissables par nos moyens ordinaires d'investigation. Quant à l'ovarite qui évolue sans déterminer une augmentation notable de l'organe, j'avoue que je ne suis pas arrivé à en faire sûrement le diagnostic ; comment admettrais-je dès lors l'indication d'une opération aussi grave et subordonnée à la solution d'un diagnostic aussi obscur ? Enfin, comme mes autres collègues, je ne puis pas oublier que les résultats qu'on est en droit de promettre à ces malades sont des plus incertains.

A. Guérin. — Je m'associe également aux réserves exprimées par M. Porak. J'ai eu dernièrement l'occasion de causer avec le directeur d'une maison de santé, d'une malade à laquelle on avait enlevé les ovaires pour combattre des accidents nerveux très accusés. D'ailleurs, je crois qu'il s'agit d'une des malades dont a parlé M. Polaillon. Cette malade, persuadée par un autre chirurgien, a accepté l'opération. Les accidents ont été si peu amendés que la malade, désespérée, a supplié qu'on lui enlevât la matrice! Et, paraît-il, le chirurgien n'aurait consenti à cette nouvelle opération qu'à la condition expresse que sa cliente lui remît un papier dans lequel elle fit la déclaration formelle qu'elle avait elle-même réclamé l'opération. Ce sont là des procédés blâmables, car la conduite du chirurgien ne doit être subordonnée qu'aux inspirations de sa conscience éclairée par son savoir.

Olivier. — **Note sur un cas de présentation primitive de la face.** Appelé auprès d'une femme âgée de 37 ans, enceinte pour la première fois, M. Olivier constate, vers la fin du 8e mois, une présentation de l'extrémité céphalique, OID transversale. Le toucher montre qu'il n'existe pas le plus petit degré d'engagement, et cependant le bassin paraît normalement conformé. M. Olivier pense que ce défaut d'engagement est dû à un excès de volume de la tête fœtale. A quelque temps de là, dans la première quinzaine du neuvième mois de la gestation, un nouvel examen lui permet de reconnaître nettement par le palper, une présentation *primitive* de la face. MIGP. Dans l'espoir d'obtenir une présentation franche du sommet, la manœuvre de Schatz est tentée à plusieurs reprises mais sans succès. Le travail se déclare au terme normal, la présentation de la face s'accentue, mais l'engagement est lent, et la rotation ne s'effectue pas. Après plusieurs tentatives de réduction manuelle qui restent infructueuses, M. Olivier fait une application de forceps pour laquelle il met à profit la manœuvre conseillée par M. Loviot pour les cas analogues (1). L'extraction demande 25 minutes environ d'efforts énergiques. L'enfant naît en état de mort apparente. Il est parfaitement ranimé après 1 heure 1/2 de respiration artificielle. Néanmoins, il meurt quelque temps après. Les

(1) « Des applications de forceps dans les variétés postérieures du sommet et de la face ». — Annales de Gynéc.. Octobre 1884, p. 241 et seq.

diamètres de la tête fœtale, qui est nettement dolicocéphale, sont les suivants :

O. M. — 14c.3.
O. F. — 13c.6.
B. P. — 10c.5.
B. T. — 8c.4.
B. M. — 8c.
S. O. B. — 9c.

M. Olivier conclut de cette observation ainsi que de plusieurs autres faits, à la réalité des présentations *primitives* de la face. Il pense en outre que la dolicocéphalie existante a dû, en gênant l'engagement de la tête, favoriser la production de cette présentation. Le fait que le père de l'enfant est lui-même un beau type de dolicocéphalie, permet de supposer qu'il s'agissait chez son enfant d'une dolicocéphale congénitale, exagérée peut-être par la durée du travail. D'autre part, d'après les renseignements obtenus, le père lui-même serait né en présentation de la face, cela sans doute parce qu'il était dolicocéphale.

Guéniot. — Je ne voudrais pas établir une relation aussi étroite entre la dolicocéphalie et la présentation de la face.

De ce que le père de l'enfant dont M. Olivier vient de communiquer l'intéressante observation était dolicocéphale, je ne crois pas qu'on soit en droit d'inférer qu'il a dû naître par la face. Il est extrêmement probable qu'il s'agit chez lui d'une dolicocéphalie congénitale et non d'une dolicocéphalie produite par la longueur, les difficultés de l'accouchement; auquel cas la déformation n'est que passagère. D'autre part, lorsqu'à 8 mois de grossesse, l'enfant se présentant par le sommet, je constate que l'excavation est libre, qu'il n'existe pas le moindre degré d'engagement, cela ne me paraît pas aussi surprenant que paraît l'admettre M. Olivier. Certes, ce n'est pas la règle, surtout lorsqu'il s'agit de primipares. Cependant l'éventualité n'est pas tellement exceptionnelle ! Sans doute, l'enfant peut être trop volumineux d'une manière absolue, mais il peut l'être aussi d'une façon relative. C'est ainsi qu'un défaut de flexion empêche l'engagement en mettant en rapport des diamètres trop considérables de la tête fœtale avec l'entrée de l'excavation. L'engagement peut également être gêné par une procidence passagère, par la présence accidentelle d'une extrémité, de la main, de l'avant-bras, ... entre la tête fœtale et le détroit supérieur.

VERRIER. — Je suis absolument de l'avis exprimé par M. Olivier au sujet de la présentation *primitive* de la face. J'ai observé au cours de ma carrière, déjà assez longue, 11 fois environ la présentation de la face. Or, je ne crois pas me tromper en disant que dans la moitié des cas, ou à peu près, il s'agissait de présentations primitives. En ce qui concerne la dolicocéphalie, il est possible que cette disposition particulière du crâne ait pu entraver le mécanisme naturel de l'accouchement. Mais, si l'on s'en rapporte à ce qui se passe chez les races dolicocéphales, il faut dire que ces accouchements ne sont pas plus fréquents que chez les autres.

BAILLY. — Il me semble que la dolicocéphalie produite par l'accouchement, lorsque le travail a été très prolongé et l'effort des muscles utéro-pelviens extrêmement énergique, peut aboutir à une dolicocéphalie définitive. Cette opinion du reste a pour elle la haute autorité de STOLTZ. — Enfin, je ne m'explique pas à quelles causes il faut, dans le cas rapporté par M. Olivier, attribuer la mort de l'enfant.

GUÉNIOT. — Malgré la grande autorité de Stoltz, je n'accepte pas que la dolicocéphalie produite par le travail puisse se transformer en dolicocéphalie définitive. J'ai décrit, il y a tantôt 12 ans, un type de déformation crânienne que j'ai appelé : « *Obliquités crâniennes par propulsion unilatérale.* Ces déformations se produisent sous l'influence exclusive du décubitus. La démonstration réside dans ce fait qu'il suffit de modifier le décubitus pour voir disparaître des déformations considérables et assez anciennes. Quant à la mort de l'enfant, il est probable, comme de nombreux faits nécroscopiques ont établi la fréquence de la lésion, qu'elle a été consécutive à la production dans le cerveau de foyers hémorrhagiques.

R. L.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *mai.*

TERRILLON. — **4 cas de salpingites traitées par la laparotomie, suivie de l'ablation des annexes de l'utérus; Guérison.** — OBS. I. X..., 37 ans, 8 mois après une grossesse laborieuse, à l'occasion du retour des règles, a une métrorrhagie abondante compliquée d'accidents péritonéaux graves. La perte de sang se prolonge, des accidents multiples apparaissent (douleurs abdominales vives, nau-

sées), l'état général décline visiblement. Laparotomie et ablation des 2 trompes qui sont, l'une et l'autre, le siège d'un kyste sanguin volumineux variant d'un œuf de poule à un œuf de pigeon. *Guérison.*

Obs. II. X..., 24 ans, également à la suite d'une grossesse et à l'occasion du retour des règles, a une métrorrhagie considérable. Depuis lors, alternant avec des périodes d'accalmie, surviennent plusieurs crises caractérisées par des douleurs très fortes du côté des ovaires et des symptômes réactionnels graves (nausées, vomissements...). Laparotomie et extirpation des 2 trompes. L'une est oblitérée et hypertrophiée, l'autre est distendue par du sang (collection du volume d'un œuf de pigeon). *Guérison.*

Obs. III. X..., 34 ans, est sujette, depuis trois années environ à des métrorrhagies presque continuelles. Elle est de plus atteinte d'un fibrome utérin, à évolution lente. Laparotomie et extirpation des 2 trompes qui sont oblitérées, distendues par du sang et adhérentes aux ovaires. Les ovaires sont également enlevés. *Guérison.*

Obs. IV. X..., 20 ans, 2 accouchements, le second à été suivi de pelvi-péritonite. Depuis lors, accidents multiples (métrorrhagies, douleurs abdominales et sujette à de vives exacerbations, diminu-des forces...). Laparotomie suivie de l'extirpation des trompes distendues par un liquide muco-purulent, et des ovaires devenus aussi le siège de transformations pathologiques. *Guérison.*

La lésion essentielle consistait dans une inflammation chronique de là muqueuse tubaire qui était notablement épaissie, et dont les replis étaient augmentés de volume. Les orifices abdominaux étaient oblitérés, et les franges du pavillon, hypertrophiés ou atrophiés, adhéraient aux ovaires, qui étaient recouverts de fausses membranes. Quant à la marche de la phlegmasie, elle avait dû être la suivante : partie de l'utérus, elle avait gagné la muqueuse tubaire et à travers l'orifice abdominal de la trompe, s'était propagé au péritoine avoisinant le pavillon et aux ovaires.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

Séance du 27 mai.

MM. Cornil et Klippel font une communication sur une **Salpingite blennorrhagique** trouvée à l'autopsie d'une femme morte de

pleuro-pneumonie. Le professeur Cornil a décrit l'examen histologique de ces trompes, où l'on constatait des végétations très vasculaires, encore bien revêtues de leur épithélium : il s'agit donc d'un catarrhe. Puis il a comparé ces lésions à celles de la salpingite chronique d'après les pièces enlevées par M. Terrillon (Acad. méd, 31 mai 1887) ; là, les végétations étaient épaisses, peu vasculaires.

Séance du 3 juin 1887.

M. HONTANG présente une **tumeur volumineuse des ovaires**, à évolution lente, chez une femme de 69 ans. Cette tumeur, d'aspect gélatiniforme, a pris naissance autour de l'utérus, et a été suivie de généralisation péritonéale au niveau de l'appendice cœcal, dans le ligament suspenseur du foie et dans la paroi abdominale. L'examen microscopique a démontré qu'il ne s'agissait pas là d'une tumeur myxomateuse, analogue à celles qu'a décrites M. Péan, mais bien d'un fait classique d'épithélioma mucoïde.

Séance du 24 juin.

M. VALAT présente un **kyste multiloculaire de l'ovaire**, contenant une production semblable à la peau, avec des poils et une dent molaire. L'évolution de cette tumeur est restée silencieuse pendant une dizaine d'années. Elle avait le volume d'un œuf de poule et ne gênait pas la malade. Il y a 4 ans, elle prit subitement un développement considérable. L'opération vient d'être faite à la Salpêtrière, et la malade est actuellement guérie. Il existait des adhérences, nécessitant une pénible décortication, du fait d'un traitement antérieur par le caustique de Vienne et les sétons.

M. BAZY rapporte un fait analogue au précédent.

TÉRATOLOGIE. — M. BROCA a fait plusieurs communications sur **le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre latéral de la lèvre supérieure.** Il démontre que cette fissure passe entre l'incisive latérale et l'incisive médiane et non entre l'incisive latérale et la canine, comme il est classique de le dire (mai-juin).

ANOMALIE. — M. HARTMANN a montré, le 15 mai, un **cœcum situé sous le foie** chez l'adulte ; cette position est normale chez le fœtus. M. BROCA a montré, le 11 juin, des pièces le prouvant. Il a

fait voir en même temps **une hernie inguinale du cœcum sur un fœtus de 7 mois.**

A. Broca.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Présentations : Hollstein. — **Trompe, le siège d'un kyste fœtal rompu et l'œuf échappé de ce kyste.** La pièce provient d'une laparatomie pratiquée pour conjurer les accidents développés à l'occasion d'une grossesse extra-utérine dont le diagnostic avait été confirmé par l'expulsion d'une membrane déciduale, moule fidèle de la cavité utérine. L'opération fut faite parce que la vie était en péril. A la suite d'une première rupture, il s'était fait une hémorrhagie qui s'était enkystée; une deuxième rupture survint, qui fut suivie d'une perte de sang prolongée et qui s'accompagna des symptômes de l'anémie aiguë. *Guérison.*

Hofmeier. — **Tumeur ovarique multiloculaire.** Elle présente une double transformation du tissu ovarique : *a*) vésiculaire; *b*) carcinomateuse.

Cohn. — *a*) **Cystome multiloculaire.** Un certain nombre des kystes offrent une disposition en grappe. Toute la tumeur paraît s'être développée aux dépens, exclusivement, d'une extrémité de l'ovaire. Le reste du tissu ovarique est absolument normal. Le cystome est en général de bonne nature, cependant il semble que la tumeur ovarique, à disposition en grappe, prédispose aux récidives malignes.

b) **Fibrome pédiculé de la grande lèvre,** extirpée à une jeune fille âgée de 16 ans. Le début de la tumeur paraît remonter à 7 années. L'enveloppe cutanée très épaissie émet une série de végétations. Ablation de la tumeur et suture continue au catgut. *Guérison.*

Czempin. — **Hématome ovarique bilatéral.** La pièce provient d'une femme âgée de 36 ans, qui depuis deux ans déjà était soignée pour des troubles digestifs et nerveux, Pendant l'automne de la précédente année elle fut prise de violentes douleurs abdominales. Il se forma à cette époque dans la région hypogastrique droite un abcès qui fut ouvert au bistouri. Il s'en écoula du sang et du pus. A partir de ce moment, cette femme fut constamment sujette à des douleurs abdominales, la menstruation devint très

pénible, l'état général alla en déclinant de jour en jour. Au commencement de cette année, elle fut examinée par Martin qui diagnostiqua une tumeur ovarique, bilatérale et, pour ce fait, pratiqua la laparotomie. L'opération fut laborieuse. Le ventre ouvert, on constata une tumeur avoisinant l'utérus, élastique, et unie à l'intestin par des adhérences multiples. Une ponction exploratrice donna issue à un liquide purulent, grisâtre et épais. On put, en se servant de l'appareil Potain, en aspirer la plus grande partie. Après un décollement minutieux et prudent on parvint à constituer un pédicule et à extirper la tumeur. A droite, il y avait aussi une tumeur analogue, mais plus petite et moins adhérente. Elle fut également enlevée. L'abdomen fut suturé après toilette de la cavité abdominale. L'examen ultérieur de la pièce démontra qu'il s'agissait d'un hématome ovarique bilatéral suppuré. L'examen microscopique, et les cultures démontrèrent la présence dans la matière purulente de courts bacilles. *Convalescence absolument normale.*

ORTHMANN. — **Salpingite suppurée, de nature blennorrhagique.** L'examen démontre la présence dans le pus de nombreux gonococcus.

HOFMEIER. — Discussion sur le travail de Martin relatif à **l'extirpation totale de l'utérus cancéreux.** Les statistiques dressées par Martin, celles publiées récemment par Fritsch et celles que j'ai fait connaître antérieurement, sont des indications précises de recourir à une intervention chirurgicale, énergique, qui est de nature à donner beaucoup d'espoir. Mais les chiffres de Martin ne peuvent pas être mis en parallèle avec les résultats obtenus par d'autres opérations, parce qu'un certain nombre de faits qu'il a réunis doivent être nécessairement éliminés pour le jugement de la question actuelle, en raison des difficultés toutes spéciales dans lesquelles l'opération eut lieu.

La rareté des carcinomes de la portion vaginale du col ne peut s'expliquer que par une autre espèce de nomenclature. Les résultats si favorables obtenus par Martin dans les cas de cancers du corps, confirment ce que j'ai déjà signalé à ce sujet.

L'innocuité de l'extirpation totale ou mieux le peu de dangers qu'entraînerait l'extirpation totale en comparaison des risques associés à l'ablation partielle n'est encore nullement démontré. Il faut tenir grand compte de ce fait que des opérateurs comme Martin,

Fritsch si soucieux de l'antisepsie et dont l'habileté opératoire est universellement reconnue, ont, après une longue série d'opérations heureuses, perdu un certain nombre de leurs opérées. J'ai fait moi-même cette triste expérience. Après une série de 31 opérations heureuses, au moment même, où impressionné par ces faits, j'étais très disposé à croire à l'innocuité parfaite de l'opération, j'ai perdu successivement 4 de mes opérées. On peut donc inférer de là que le chirurgien ne tient pas dans sa main le succès de l'opération. En résumé, sur 86 cas d'extirpation totale, il y a eu 16 cas de mort, 18,6 0/0 ; sur 136 opérations supra-vaginales, 10 cas de mort, 7,4 0/0. L'extirpation totale est donc plus dangereuse que l'extirpation partielle. Néanmoins, il conviendrait de donner la préférence à la première si les résultats fournis par elle étaient plus durables. Mais, comme il est absolument impossible d'affirmer aux femmes qu'elles seront, même au prix de cette opération, à l'abri d'une récidive pendant plus d'une année, il est sage d'attendre qu'une observation plus longue permette de se baser sur des statistiques plus complètes.

HOFMEIER. — **Du segment inférieur de l'utérus.**

SOCIÉTÉ ANGLAISE DE GYNÉCOLOGIE

Présentations : **Bantock** : a) **2 petites tumeurs dermoïdes,** qu'il a enlevées à une dame, âgée de 26 ans qui, depuis deux années, était soignée pour des ménorrhagies et de l'endométrite chronique. *Résultat satisfaisant.*

b) **Utérus atteint de fibromes volumineux.** La pièce provient d'une hystérectomie supra-vaginale, faite à une femme âgée de 38 ans. Chaque tumeur pèse environ 7 livres. *Guérison.*

ROUTH. — **Du traitement de quelques flexions rebelles de l'utérus.** Les expériences cadavériques, montrent que les principaux soutiens de l'utérus sont les fascias pelviens sous péritonéaux qui sont essentiellement élastiques, et les ligaments utéro-sacrés. Les ligaments latéraux ont également une certaine action dans ce sens ; le rôle des ligaments ronds est nul. Le fond de l'utérus est absolument libre ; il n'a de support que celui qui provient de ses connexions avec le col. Le prolapsus complique nécessairement toute flexion de la matrice. Le traitement comporte une triple indication : a) réduire le prolapsus ; b) combattre la congestion locale ;

c), assurer le libre écoulement des liquides contenus dans la matrice. Les pessaires, convenablement choisis, sont utiles. Quant au traitement chirurgical, il comprend trois méthodes principales : 1) suspension de l'utérus obtenue en suturant l'organe à la paroi abdominale antérieure ; 2) raccourcissement des ligaments ronds ; 3) oophorectomie (British. med. J. Juin 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LEIPZIG

Séance du 17 janvier 1887.

SÄNGER. — **De l'extirpation totale de l'utérus cancéreux. Un nouveau cas d'opération de Freund. Guérison.** — L'auteur a pratiqué 13 fois l'extirpation totale de l'utérus cancéreux. Colpo-hystérectomie, 11 fois; laparo-hystérectomie, 2 fois dont un cas de mort. Il y a eu 4 cancers du corps, 4 du col, 5 de la portion vaginale.

Merker, 51 ans, cancer du col, extirpation totale par le vagin, le 18 octobre 1881 ; guérison; récidive en mars 1882, mort 30 août 1882.

Klotz, 36 ans, cancer de la portion vaginale, extirpation totale par le vagin, le 29 août 1882; guérison; récidive en mars 1883, mort le 20 novembre 1883.

Sittig, 44 ans, cancer du col, extirpation totale par le vagin, le 11 mai 1883; guérison; récidive en juillet 1883, mort en novembre 1883.

Eser, 44 ans, cancer de la portion vaginale, extirpation vaginale, le 26 septembre 1883; guérison; pas de récidive après 3 ans 1/2.

Kaseberg, 40 ans, cancer de la portion vaginale, extirpation vaginale, le 5 novembre 1883; guérison; pas de récidive encore après 3 ans et 4 mois.

Hasselbach, 54 ans, cancer du corps, laparo-hystérectomie (Freund), le 20 mai 1885 ; mort le deuxième jour.

Felber, 46 ans, cancer de la portion vaginale, extirpation totale par le vagin, le 10 mars 1886 ; guérison ; pas de récidive après un an.

Dudersteds, 57 ans, cancer du corps, extirpation totale par le vagin, le 7 juillet 1886; guérison; pas de récidive.

Muller, 52 ans, cancer du corps, extirpation totale par le vagin, le 26 juin 1886; guérison; pas de récidive.

Strenbel, 36 ans, cancer de la portion vaginale, extirpation totale par le vagin, le 15 juillet 1886; guérison; pas de rècidive.

Morgenstern, 41 ans, cancer du col, extirpation totale par le vagin, le 19 novembre 1886; mort le 7e jour. Septicémie, déchirure de la vessie.

Stehfect, 54 ans, cancer du corps, laparo-hystérectomie (Freund); guérison.

Metz, 43 ans, cancer du col, extirpation totale par le vagin; guérison.

La technique opératoire, dans ses principaux points, est conforme à celle de Schröder. Dans les quatre derniers cas, quelques modifications lui ont été apportées. Incision circulaire des culs-de-sac du vagin et d'une partie du tissu péri-cervical, au moyen du thermo-cautère Paquelin. Dans un cas où, en raison de la longueur anormale de l'utérus, la ligature du ligament latéral se prolongeait, la corne utérine du même côté fut saisie avec une pince et abaissée. Dès lors, l'application des sutures devint tout à fait aisée. Jamais les bords de la séreuse péritonéale ne furent réunis entre eux. Mais, immédiatement après l'ouverture des culs-de-sac péritonéaux, ils furent suturés au rebord vaginal correspondant. Sauf dans un seul cas, le drainage capillaire fut réalisé au moyen de la gaze iodoformée, poussée jusque dans l'espace de Douglas.

Sänger s'élève contre l'opinion émise par Staude qu'il est préférable de fermer la plaie péritonéale. Malgré en effet la solution de continuité du péritoine, le traitement post-opératoire est extrêmement simple, la gaze iodoformée pouvant, le cas échéant, rester en place jusqu'au 10e jour. Dans le premier des cas terminés par la mort, il s'agissait d'un cancer du col, avec un très large ulcère qui fut, au commencement de l'opération, profondément cautérisé avec le thermo-cautère Paquelin. Au matin, la température de la malade était 39°,5. En outre, au cours de l'opération, la vessie fut lésée. On la sutura. Mort le 7e jour, par septicémie. L'examen nécroscopique fit constater que la plaie vésicale s'était réouverte et qu'il y avait à droite, dans le paramétrium, une collection purulente. Les 10 autres hystérectomies vaginales furent suivies d'une convalescence régulière.

Le tableau précédent met en relief l'innocuité de l'extirpation de la matrice par le vagin, et démontre son efficacité au point de

vue de la durée de la guérison. Ces faits sont en trop petit nombre pour qu'il y ait lieu d'en tirer des moyennes; mais ils viennent s'ajouter aux statistiques plus importantes d'HOFMEIER, STAUDE, FRITSCH et A. MARTIN.

En ce qui concerne l'opération de Freund, les difficultés que comporte son exécution et les risques qu'elle entraîne sont tellement hors de proportion avec ceux qui accompagnnt l'hystérectomie vaginale, qu'elle doit tous les jours perdre de plus en plus du terrain au bénéfice de celle-ci. (Cent. für. Gynäk. N° 14, 1887).

R. LABUSQUIÈRE.

VARIÉTÉ

Bibliothèque médicale de l'hôpital St-Louis. — Les médecins et chirurgiens de l'hôpital St-Louis viennent de fonder dans cet hôpital une BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE.

Les fondateurs de cette bibliothèque font appel au concours généreux de tous leurs confrères de la France et de l étranger pour venir à leur aide dans la réalisation de cette œuvre d'utilité générale et internationale.

On est prié d'adresser les envois à l'hôpital St-Louis, à Paris, 40, rue Bichat, sous le nom de M. le Dr Henri FEULARD, secrétaire de la bibliothèque.

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital St-Louis : Ch. LAILLIER, E. VIDAL, Ernest BESNIER, A. FOURNIER, HALLOPEAU, QUINQUAUD, PÉAN, LE DENTU, PORAK.

Le gérant : A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DE LA FACE

ÉTUDES SUR LE BEC-DE-LIÈVRE COMPLEXE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE

Par **A. Broca**, prosecteur à la Faculté.

Il est bien certain que de tout temps le bec-de-lièvre a été observé; que de tout temps les chirurgiens ont tâché d'y remédier. Mais il faut reconnaître que les passages attribués à Hippocrate par Laroche (1), à Celse par Louis (2), à Galien par Bouisson (3), ne sont pas des plus concluants : rien ne prouve qu'il ne s'agisse là des seules solutions de continuité accidentelles des lèvres. En réalité, pour trouver des textes précis, il faut arriver à la Renaissance : A. Paré (4) parle

(1) Laroche. *Dissert. sur les monstruos. de la face.* Th., Paris, 1823, n° 41.

(2) Louis. *Mém. sur le bec-de-lièvre*, in *Mém. d'acad. roy. de chir.* Ed. in-4°, Paris, 1768, t. IV, p. 385. Voy. aussi Ibid. t. V, p. 292, Paris, 1774.

(3) Bouisson. *Recherches sur les fissures congénitales des lèvres.* Réimpr. in *Tribut à la chirurgie.* Montpellier, 1861, t. II, p. 83.

(4) A. Paré. *Œuvres complètes.* Ed. Malgaigne, Paris, 1840, t. II, p. 84.

clairement du *bec-de-lièvre*; Franco (1) appelle la fissure unilatérale, *lèvre fendue de nativité*; la bilatérale, *dent de lièvre*.

Mais, ce vice de conformation une fois connu et décrit, il s'agissait de l'interpréter, de lui assigner une étiologie. Passer en revue toutes les causes invoquées serait chose à peu près impossible, tant les hypothèses émises sont multiples. En mentionner quelques-unes est instructif : cela montre comment, pendant longtemps, la fable et la science se sont associées. Cela se voit surtout lorsque l'on constate quel rôle ont joué ici l'imagination de la mère, ses désirs, ses frayeurs, ses émotions. Sans doute, Demarquay (2) exagère peut-être la crédulité de Lafaye, de Dionis, de Roux même. Mais, si Lafaye (3) est un peu sceptique en présence de mères qui attribuent la difformité de leur enfant à ce qu'étant grosses elles ont vu un lion ou une tête de raie, il est juste de dire qu'il ne traite pas ces affirmations d'absurdes. Cela vaut peut-être autant que de les réfuter à la manière de M. Pétiau (4) : ce qui prouve bien que l'imagination de la mère n'a aucune influence, c'est que les animaux ont parfois des becs-de-lièvre ! On sera étonné d'apprendre que cela a été écrit en 1875. — Au reste, ces croyances sont encore populaires : les mères manquent rarement à trouver des explications de ce genre. En 1873, par exemple, M. Pinard a présenté à la Société anatomique un enfant atteint de bec-de-lièvre double, de pieds-bots et de mains-botes, de pseudencéphalie, de malformations génito-urinaires, etc : enceinte de 6 à 7 mois, la mère avait eu une syncope dans les galeries de tératologie du Muséum (5).

---

(1) FRANCO. *Traité des hernies*, etc. 2e éd., Lyon, 1561, Ch., CXIII à CXXII.

(2) DEMARQUAY. Article *Bec-de-Lièvre*, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.* Paris, 1866.

(3) LAFAYE. *Obs. sur les becs-de-lièvre venus de naissance*, in *Mém. Acad. roy. de chir.* Paris, 1743, éd. in 4o, t. I, p. 605.

(4) A. G. PÉTIAU. *Contrib. à l'ét. du trait. du bec-de-lièvre*. Th., Paris, 1875, no 93.

(5) PINARD. In *Bull. Soc. an.*, 1873, 3e série, t. VIII, p. 685.

A côté des influences psychiques maternelles, on a fait une large part à des actions mécaniques diverses : ici, on parle de violences exercées sur le ventre de la mère ; là, Osiander nous dit qu'il se rompt une membrane médiane reliant les diverses parties de la mâchoire ; là, Jourdain nous montre un fœtus se déchirant la lèvre en se fourrant les poings dans la bouche ; là enfin, on nous affirme qu'il s'agit d'une maladie primitive des germes.

En tout cela, on admire l'imagination féconde et des parents et des médecins : ces élucubrations bizarres viennent de ce que, pendant longtemps, les savants n'étaient guère plus instruits que les ignorants sur les choses de la génération et à la fin du XVIIIe siècle on pouvait presque répéter avec Evehmère (1): « Les hommes s'occupent depuis assez longtemps à faire des enfants, mais ils ne savent pas comment leurs femmes s'y prennent. Notre Hippocrate n'a débité sur cet important mystère que des raisonnements d'accoucheuse ».

Voilà pourquoi la théorie de l'arrêt de développement fut si longue à édifier. Harvey avait bien écrit : « *Nisi fallor, multi nascuntur cum labio superiori fisso quia in fœtus humani formatione superiora labia tardissime coalescunt* ». Mais où était la preuve de cette assertion ? Quelques bons esprits la crurent à peu près donnée après les études de Gœthe sur l'intermaxillaire (1786-1819). Après avoir prouvé (ce qui n'empêcha pas des négations ultérieures), que l'homme a un os intermaxillaire (ce qu'avaient déjà dit Colombo, Spigel, R. Nesbitt, Albinus, Vicq-d'Azyr), Gœthe revint sur cette étude et écrivit : « Le bec-de-lièvre, et surtout le bec-de lièvre double, sont des indications de l'os incisif. Dans le bec-de-lièvre simple, la suture moyenne qui réunit les deux moitiés reste béante ; dans le bec-de-lièvre double, l'os incisif se sépare de la mâchoire supérieure et, comme toutes les

(1) VOLTAIRE. In *Dialogues d'Evehmère*. Dialogue V, in éd. de Kehl, t. XXXVI. p. 474, 1785.

parties de l'économie sont liées entre elles, la lèvre se fend en même temps (1) ».

D'abord entraîné par l'autorité de Camper (2), Blumenbach (3) commença par nier l'existence de l'intermaxillaire humain. Puis il se rendit à l'évidence et dès lors devint un défenseur de la théorie de l'arrêt de développement, qu'il appela arrêt du *nisus formativus*. Comme il connaissait la fissure labiale uni et bilatérale, le raisonnement le conduisit à admettre que la lèvre supérieure se développe par trois languettes d'abord séparées, une médiane et deux latérales. Mais c'était une hypothèse gratuite : quand Blandin (4) se vit en présence des becs-de-lièvre médians supérieur et inférieur, il multiplia les languettes et en admit quatre pour la lèvre supérieure, deux pour l'inférieure. Il dit cependant avoir observé un fœtus chez qui la fente médiane existait encore et affirme que cette fissure s'oblitère avant la latérale. Malgré cela, Velpeau (1833) (5) avait beau jeu pour contester la doctrine de l'arrêt de développement : il demandait simplement qu'on lui montrât ces fameuses languettes. Gratiolet (1839) (6) développa cet argument, en ajoutant que avec la nouvelle variété de bec-de-lièvre décrite par Meckel et par Nicati (7), il

(1) Gœthe. *Dem Menschen wie den Thieren ist ein Zwischenkieferknochen der obern Kinnlade zu zuschreiben*, Iéna, 1786. In *Goethes sämmtliche Werke* Paris, 1836, t. V, p. 626. Additions, 1819, ibid., p. 630. V. aussi *Œuvres d'histoire naturelle de Goethe.* trad. et annot. par Ch. Martins, Paris et Genève, sans date, in 8°, p. 79, 92 et 436.

(2) Camper. *De l'orang-outang et de quelques autres espèces de singes.*, Trad. française, in 8°, Paris, 1803, t. I. p. 123.

(3) Blumenbach. *De generis humani varietate nativa.* Gœttingue 1781, in 8°, p. 88.

(4) Blandin. In *Traité d'anat. topogr.* 1re éd. 1826, p. 109. 2e éd., Paris, 1834, p. 97.

(5) Velpeau. *Ovologie ou embryologie humaine.* Paris, 1833.

(6) Gratiolet. *Sur les scissures anormales que présente la paroi supérieure de la bouche et sur le bec-de-lièvre en particulier.* In *Bull. Soc. an.*, 1839. t. XIV., p. 135. Pigné. *Rapport sur le travail précédent*, in *Ibid.*, p. 143.

(7) Nicati. *Specimen anatomo-pathologicum inaugurale de labii leporini congeniti natura et origine.* Utrecht et Amsterdam, 1822.

faudrait diviser primitivement la lèvre supérieure en six languettes. Aussi Gratiolet, avec Velpeau, met-il la cause première dans une maladie du fœtus ou des annexes. Quant à la lèvre, elle ne se développe pas là où la continuité du rebord alvéolaire est interrompue. Pour Gratiolet, ces idées sont celles de Haller : ce qui est inexact, rectifie Pigné, car d'après Haller il y a écartement des mâchoires causant une rupture de la lèvre. Quant au voile du palais, lui non plus n'est pas primitivement bifide, affirme Gratiolet : c'est seulement lorsque la voûte est divisée qu'il naît en deux pièces. L'os incisif, enfin, est une dépendance du vomer et non du maxillaire supérieur.

Pigné, dans son rapport sur le travail de Gratiolet, renchérit encore, car il nia l'existence de l'intermaxillaire chez l'homme. Mais si l'arrêt de développement n'a rien à voir dans la question, quelle est donc la cause première de cet écartement ? Est-ce le hasard (Haller), une maladie (Velpeau), le gonflement exagéré du cerveau ou le volume excessif de la langue (Tenon) (1) ? Pigné ne cherche pas à approfondir davantage.

A cette époque, Velpeau, Pigné n'étaient pas seuls opposés à l'arrêt de développement : Chassaignac (2), lui aussi, se déclarait plus satisfait par l'hypothèse d'une maladie pour expliquer les monstruosités ; maladies, positions vicieuses étaient invoquées par Cruveilhier (3). Et certainement, les arguments de Meckel, de Blandin, d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire lui même (4) n'étaient pas suffisants pour convertir ces adversaires éminents.

(1) TENON. *Sur quelques vices de conf. de la voûte palatale*, in *Mém. et obs. sur l'anat. la path. et la chir.* Paris, 1816, t. I, p. 294. (Lu à l'Institut le 8 vendémiaire, an XIV.)

(2) CHASSAIGNAC. In *Bull. soc. an.* 1843, t. XVIII, p. 10.

(3) CRUVEILHIER. In *Traité d'anat. path. gén.* Paris. 1849, t. I, p. 198 et 205. Voir aussi : *Traité d'anat. descript.* 3e éd, t. I, p. 170, Paris, 1851 ; t. III, p. 211 et 212, Paris, 1852. Voy. aussi discussions diverses, in *Bull. Soc. an.*

(4) ISID. GEOFFROY ST-HILAIRE. In *Hist. gén. et partic. des anom. de l'organis.*, etc., Paris, 1832, t. I, p. 581 et suiv.

Mais bientôt arrivèrent les découvertes de Coste (1848) (1). L'observation directe prouva que la face de l'embryon se forme par la coalescence de bourgeons que le feuillet moyen envoie à la rencontre les uns des autres; entre eux existent des fentes, des rainures. Les hypothèses de Blumenbach, de Blandin, se trouvaient à peu près vérifiées et, dès 1851, Ad. Richard (2) pouvait classifier la plupart des fissures tératologiques observées à la face, et montrer qu'elles sont « superposables » à un état transitoire de l'embryon normal.

Dès lors, le nombre des adversaires diminua vite : la théorie de l'arrêt de développement était définitivement édifiée. Cadre-t-elle avec tous les faits de fissures faciales ? C'est un point à examiner. Mais la doctrine paraît bien établie dans ses lignes principales : on pouvait donc croire la science définitivement fixée sur toutes ces questions. En réalité, l'examen des pièces pathologiques prouve que nos connaissances ne sont pas plus immuables ici que pour le reste des choses de la médecine. Il nous prouve qu'il faut tout remettre à l'étude, et les faits normaux et les faits tératologiques.

Le but de ce mémoire n'est pas de reprendre à fond l'étude de l'embryologie de la face, mais d'exposer surtout certains faits anatomiques relatifs à la fissure osseuse du bec-de-lièvre complexe; puis de chercher à faire voir si cela peut se concilier avec le développement de la face tel qu'il est enseigné aujourd'hui. Avant tout, il est indispensable de résumer l'opinion classique.

I. — OPINION CLASSIQUE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA FACE ET SUR LA PATHOGÉNIE DU BEC-DE-LIÈVRE

Coste a fait voir que la face se forme par la coalescence de bourgeons partis du feuillet moyen. Une fois cette coales-

(1) COSTE. *Hist. génér. et partic. du développement*, Paris, 1848, t. I, fasc. 2.

(2) AD. RICHARD. *Sur la vraie nature de la fissure labio-palatine (bec-de-lièvre et ses complications)*, in *Arch. gén. méd.* 1851. 4e série, t. XXV, p. 419.

cence achevée, l'ossification commence et constitue, tels que nous les connaissons, les os de la face. Il est utile d'affirmer dès le début l'indépendance de ces deux ordres de phénomènes.

1° ÉVOLUTION DES BOURGEONS FACIAUX. — Les découvertes de Coste ont été vérifiées dans presque tous leurs détails. Elles ont seulement été peu à peu complétées, et on est arrivé ainsi à enseigner classiquement la doctrine suivante, dont je vais donner un résumé rapide, d'après les traités récents de Kœlliker (1), de Tarnier et Chantreuil (2).

La face se développe aux dépens du feuillet moyen du blastoderme. Mais celui-ci, au lieu de former des lames continues comme au niveau des parois thoraciques et abdominales, est disposé en arcs symétriques qui s'insinuent sous le feuillet externe : *arcs branchiaux*, entre lesquels existent des fentes, *fentes pharyngiennes*. Il est vrai qu'il ne faut pas exagérer la portée de ce terme de *fentes* : il s'agit plutôt de rainures profondes. En effet, les arcs branchiaux ne sont pas, comme on a semblé le croire pendant longtemps, des sortes de prolongements libres de toutes parts qui vont s'unir entre eux (3). Le feuillet externe, à la face, établit entre eux la continuité ; mais, au point de vue spécial du bec-de-lièvre, la résistance de cette mince membrane est à peu près négligeable. En même temps que ces arcs se rapprochent deux à deux de la ligne médiane, on voit descendre, entre les deux supérieurs, un bourgeon médian et antérieur, le bourgeon frontal, né de la partie antérieure de la base du crâne.

---

(1) KŒLLIKER. In *Embryologie*, etc., trad. par A. Schneider, Paris, 1882, p. 477 et suiv.

(2) TARNIER et CHANTREUIL. In *Traité de l'art. des accouchements*, t. I, p. 296, Paris, 1878.

(3) Ce côté de la question a été bien étudié par His, par Born et Kœlliker. F. Mall vient de confirmer ces faits (*Entwickelung der Branchialbogen und Spalten des Huhnchens.*, in *Axch. f. An. und phys. Anat. Abth.* 1887, H. I, p. 1.

Ces divers bourgeons faciaux commencent à poindre vers le 14e jour : la *cavité naso-buccale* est alors une simple dépression que limitent en bas et latéralement le premier arc pharyngien de chaque côté ; en haut, le bourgeon frontal. Puis, le bourgeon frontal se divise en deux *bourgeons frontaux latéraux*, qui se séparent à leur tour en deux bourgeons secondaires, dits *bourgeons nasaux interne et externe*. Ces derniers limitent une fossette, dite *fossette nasale*, origine de la narine, que prolonge jusqu'à la cavité buccale un sillon.

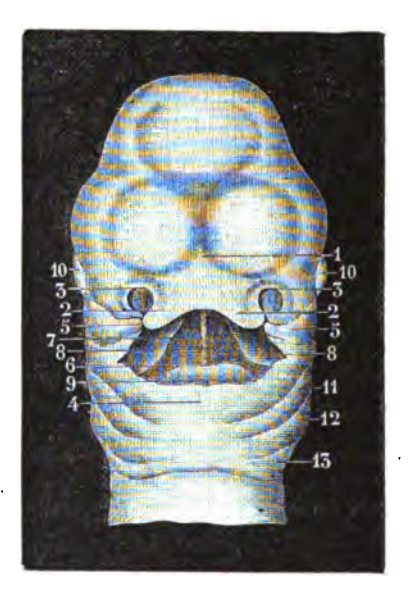


Fig. I. — Face d'un embryon humain de 35 jours (d'après Coste) (1).

1. Bourgeon médian. — 2. Bourgeon incisif. — 3. Narines. — 4. Lèvre et mâchoire inférieures. — 5. Bourgeon maxillaire supérieur. — 6. Bouche. — 7. Vestige de la cloison des fosses nasales. — 8. Vestige des deux moitiés de la voûte palatine. — 9. Langue. — 10. Yeux. — 11, 12, 13. Arcs pharyngiens.

le *sillon nasal*. Pendant que ce travail s'accomplit du côté du bourgeon frontal, l'arc pharyngien supérieur se divise

(1) Fig. 119 du *Traité d'accouchements* de Tarnier et Chantreuil.

en deux *bourgeons maxillaires* : un supérieur et un inférieur.

On peut dire, d'une manière générale, que ces divers bourgeons répondent définitivement aux parties dont ils portent le nom. Quelques détails sont cependant utiles : on en suivra aisément la description sur les deux figures ci-jointes, empruntées par Tarnier et Chantreuil à l'atlas de Coste.

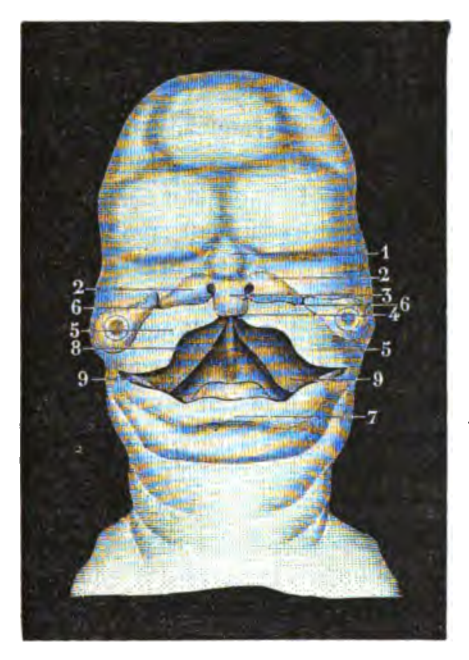


Fig. II. — Face d'un embryon humain de 40 jours (d'après Coste) (1).

1. Premier vestige du nez. — 2. Premier vestige des ailes du nez. — 3. Vestige de la sous-cloison. — 4. Bourgeon incisif. — 5. Bourgeon maxillaire supérieur. — 6. Sillon du sac lacrymal et du canal nasal. — 7. Lèvre inférieure. — 8. Bouche. — 9. Moitiés latérales de la voûte palatine.

Les *bourgeons maxillaires inférieurs* se rencontrent vite sur la ligne médiane : au 28ᵉ jour ils sont soudés. A leurs

(1) Fig. 120 du *Traité d'accouchements* de Tarnier et Chantreuil.

dépens se forme le cartilage de Meckel, dont il reste les osselets de l'ouïe (sauf l'étrier, d'après Reichert, ce qui est contesté) ; puis il en naît la lèvre inférieure et le maxillaire inférieur. Ce dernier se développe le long du cartilage de Meckel et non à ses dépens. Vers la fin de la 5e semaine apparaît de chaque côté, sur l'extrémité postérieure de leur face interne, une petite saillie qui, unie à celle du côté opposé, formera la langue, en se soudant à un prolongement issu du 2e arc pharyngien.

Les bourgeons maxillaires supérieurs restent séparés l'un de l'autre par le bourgeon frontal. Chacun d'eux limite d'abord, avec le bourgeon nasal externe correspondant, un *sillon lacrymal* qui deviendra plus tard canal lacrymal. Plus bas, sous l'extrémité inférieure du bourgeon nasal externe, il se porte en dedans, à la rencontre du bourgeon nasal interne. Tandis que le nasal externe, en effet, s'arrête avant d'arriver à la lèvre, reste limité à la narine, le nasal interne, au contraire, descend à la lèvre, s'unit sur la ligne médiane à celui du côté opposé, s'élargit latéralement et se soude au bourgeon maxillaire supérieur. De là un véritable pont, qui, passant sous le nasal externe, transforme le sillon nasal en un trou : la narine. Donc la lèvre supérieure ne dépend que de deux bourgeons : le maxillaire supérieur et le nasal externe.

Tel est le développement des parties superficielles de la face. Pendant ce temps, la cavité naso-buccale s'est creusée et s'est mise en communication avec la cavité céphalo-pharyngienne, par suite de la résorption de la membrane céphalo-pharyngienne qui les séparait. Les parties profondes, osseuses, du massif maxillaire supérieur se développent peu à peu ; la voûte palatine se forme, la cloison nasale descend vers elle. Ainsi s'individualisent la cavité buccale et les fosses nasales.

2° CORRESPONDANCE DES BOURGEONS FACIAUX ET DES PARTIES OSSEUSES DU MASSIF MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — La doctrine classique est résumée en quelques mots par

Tarnier et Chantreuil (1) : « Le bourgeon incisif (formé par la soudure des deux nasaux internes) donne naissance à l'os intermaxillaire et au vomer. Le bourgeon nasal externe forme les masses latérales de l'ethmoïde, l'unguis, les os propres du nez. Aux dépens du bourgeon maxillaire supérieur, se développent le maxillaire supérieur, le cornet inférieur, l'os malaire, l'os palatin et la lame interne de l'apophyse ptérygoïde ».

Ici, le point important est l'indépendance embryologique du corps du maxillaire supérieur et de la partie antérieure, celle qui porte les incisives : l'os intermaxillaire ou os incisif. De là le nom de *bourgeon incisif* attribué à la masse formée par les deux bourgeons nasaux internes. Les auteurs que je viens de citer complètent leur description de la manière suivante (loc. cit., p. 298) : « Les cloisons qui doivent diviser cette cavité unique (la cavité naso-buccale) apparaissent sous la forme de trois replis saillants. L'un, médian et vertical, descend de la paroi supérieure ; il est fourni par le bourgeon nasal interne ; c'est lui qui donne naissance à la cloison du nez (lame perpendiculaire de l'ethmoïde et vomer), à l'os intermaxillaire, aux incisives supérieures et à la partie correspondante de la lèvre. Les deux autres, latéraux et horizontaux, sont fournis par les bourgeons maxillaires supérieurs ; ce sont les lamelles palatines. Les deux lamelles palatines (2) sont séparées d'abord par une fente, *la fente palatine*, qui fait communiquer la cavité nasale avec la cavité buccale. Mais elles s'avancent progressivement de dehors en dedans, en rétrécissant de plus en plus la fente intermédiaire, qui finit par disparaître tout à fait, et vont s'unir : en avant, au bourgeon incisif ; en arrière, l'une à l'autre. Elles divisent ainsi la cavité primitive en une cavité supérieure ou

(1) *Loc. cit.*, p. 297.

(2) D'après Dursy et Fleischer, ces lames palatines ont d'abord une direction obliquement ascendante. Peu à peu elles deviennent horizontales, à mesure qu'elles se rapprochent l'une de l'autre.

respiratoire, et en une cavité inférieure ou digestive. La soudure des deux lamelles, qui commence vers la 8ᵉ semaine, se poursuit d'avant en arrière et se trouve complète vers la 9ᵉ semaine (Coste). »

Mais, dans tout cela, quels sont les points d'ossification? Pour le maxillaire supérieur, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, le palatin, ils apparaissent à la fin du 2ᵉ mois. Les deux derniers de ces os ont chacun un point principal auquel, pour le palatin, Rambaud et Renault (1) ajoutent deux points apophysaires, développés après la naissance, l'un en dedans, l'autre en dehors de l'apophyse pyramidale; ils ne sont pas encore réunis de douze à treize ans. L'os malaire se développe par deux points d'ossification (Quain). Les nasaux et les lacrymaux s'ossifient au commencement du troisième mois. « Le vomer, dit Kolliker, apparaît au troisième mois par deux moitiés, et garde pendant longtemps la forme d'une lame repliée sur elle-même avec une rainure à sa partie supérieure. »

Reste maintenant l'ossification du maxillaire supérieur. Ici, on voit immédiatement une première division en maxillaire proprement dit et intermaxillaire.

La multiplicité des points osseux dans le maxillaire supérieur n'est certes pas une nouveauté. Déjà Albinus affirme que cet os se forme par soudure de plusieurs petites pièces, dont il ne spécifie pas davantage la position exacte. Cette question semble aujourd'hui à peu près élucidée et si, en 1847, M. Sappey (2) écrivait encore : « Cet os (le maxillaire supérieur *tout entier*) se développe par un seul point d'ossification », non seulement à cette époque le point osseux incisif était bien décrit, mais encore Portal, Béclard, Serres, Meckel, Nicati avaient vu les points multiples du maxillaire proprement dit. Tout cela a été repris en détail par

---

(1) A. RAMBAUD et CH. RENAULT. *Origine et développement des os*. Paris, 1864, pl. XIII, fig. 8.

(2) P. C. SAPPEY. *Manuel d'anatomie descriptive*. Ed. in-12, T. I, p. 53, Paris, 1847.

Rambaud et Renault en 1864, et l'on peut donner la description suivante.

Chez l'embryon de deux mois apparaît d'abord une plaque triangulaire postérieure : c'est la *pièce malaire ou molaire*; à peu près en même temps se forme le point intermaxillaire sur lequel je reviendrai dans un instant. Puis, dans la première moitié du 3e mois, une *pièce palatine* naît entre les deux précédentes, encore séparées en haut par une *échancrure sous-orbitaire* qui plus tard remontera vers l'orbite et deviendra le trou sous-orbitaire. Cette échancrure se déplace ainsi parce qu'en avant et au-dessous d'elle apparaît une nouvelle pièce : la *pièce faciale* de Rambaud et Renault, que mieux vaut appeler avec Hamy *pièce canine*, car elle porte la dent de ce nom. Tous ces points sont décrits par M. Sappey (1) dans la dernière édition de son *Traité d'anatomie descriptive* sous le nom de points : 1° *externe ou malaire*, formant ce qui est en dehors de la gouttière sous-orbitaire ; 2° *inférieur ou palatin* formant les 2/3 postérieurs de l'apophyse palatine et la paroi molaire du rebord alvéolaire; 3° *orbito-nasal*, lame à concavité interne donnant le sinus et la partie interne du plancher de l'orbite ; 4° *antéro-interne* ou *nasal*, formant l'apophyse montante, le canal nasal et la partie de l'os qui est situé au-dessous.

A cela il faut joindre, avec Rambaud et Renault, le *point sous-vomérien*, qui forme la limite du canal incisif et qui constitue une partie de la crête nasale. Ce point est même le seul dont Kœlliker considère l'existence comme ayant peut-être une certaine importance morphologique. Pour les autres, il pense que : « comme ces noyaux se fusionnent de très bonne heure (du 3e au 5e mois de la vie fœtale), il y a lieu de rechercher s'ils sont vraiment constants et n'appartiennent pas à la catégorie de ces points d'ossification aberrants, si fréquents dans les os de revêtement » (2).

(1) SAPPEY. In *Tr. d'anat. descrip.*, 3e éd., 1876, t. I, p. 215.

(2) Pour Kœlliker, le maxillaire supérieur est un os de revêtement du cartilage alaire du nez.

En tout cas, cette opinion semble inexacte pour la division en deux parties se joignant au niveau du canal sous-orbitaire, car là existe une fissure dont la trace persiste souvent à la naissance et même plus tard.

Arrivons enfin à l'intermaxillaire. Depuis longtemps déjà, Albinus (1), Sœmmering (2), Rosenmüller (3), ont constaté dans son épaisseur l'existence possible de deux points osseux distincts ; d'autres exemples de ce fait ont été relevés par Klein, par Gœthe, par Meckel, par Himly. Puis, en 1840, Leuckart (4) a érigé cela en loi générale, affirmant en outre que bien souvent cela persiste longtemps après la naissance sous forme d'une bifurcation, visible à la voûte palatine, de la suture incisive classique. Mais depuis, Hamy a contesté qu'il fallût faire de cette duplicité une règle constante ; « elle ne saurait même être qualifiée de très commune », vu qu'il ne l'a rencontrée que 2 ou 3 fois sur 40, dans sa série d'embryons, de fœtus et de jeunes enfants, et 1 fois sur 20 chez l'adulte (5). Je n'insiste pas davantage sur ce point car il est controversé, ainsi qu'on vient de le voir : il mérite par conséquent une étude plus approfondie, que je lui consacrerai ultérieurement.

2° EXPLICATIONS CLASSIQUES DES DIVERSES VARIÉTÉS DE FISSURES TÉRATOLOGIQUES OBSERVÉES A LA FACE. — Il y a d'abord certains faits qui seront seulement énumérés:

a. *Les becs-de-lièvre médians de la lèvre inférieure* relè-

---

(1) ALBINUS. *Annot. Acad.*, lib., I, tab. IV, fig 2.

(2) SOEMMERING. *De corporis humani fabrica*. Trèves, 1794, in 8°, t. I. p. 147.

(3) ROSENMULLER. *Dissert. de sing. et nativis ossium corporis humani variet.* Leipzig, 1804. in-4°, p. 88.

(4) F.-S. LEUCKART. *Untersuch. ueber das Zwischenkieferbein des Menschen und seiner normalen und abnormen Metamorophose*, Mit. 9 lith. Taf. Stuttgard, 1840.

(5) E.-T, HAMY. *L'os intermaxillaire de l'homme à l'état normal et pathologique*. Th., Paris, 1868, n° 250, p. 28 et 39.

vent de la non coalescence des bourgeons maxillaires inférieurs ; ils ont été vus simples et complexes.

b. *Les becs-de-lièvre commissuraux* (macro-stomie) sont dus à une fente du premier arc pharyngien entre les bourgeons maxillaires supérieur et inférieur. On divise ordinairement ces fissures en deux variétés suivant qu'elles sont transversales, vers l'oreille, ou obliques, vers l'orbite. Il semble qu'on ait fait là certaines confusions et que le véritable bec-de-lièvre commissural, intermédiaire aux deux bourgeons maxillaires supérieurs, soit celui qui va entre le tragus et l'orbite, vers la région temporale. L'autre gênait notablement la théorie : mais il doit probablement être rapporté aux fissures du massif maxillaire supérieur.

c. *Les fissures du maxillaire supérieur* sont de plusieurs espèces. C'est d'abord le *bec-de-lièvre ordinaire* qui, *simple*, n'intéresse que la lèvre et ouvre la narine; *complexe*, se trouve en face d'une fissure osseuse. Celle-ci est, au bord alvéolaire oblique en arrière et en dedans jusqu'au trou palatin antérieur ; là elle se redresse pour longer, d'un seul ou des deux côtés, la cloison des fosses nasales. La fente labio-alvéolaire est unie ou bilatérale. Dans ce dernier cas, elle isole un tubercule médian formé de deux parties : une cutanée, une osseuse.

Gœthe a prouvé que, dans le bec-de-lièvre bilatéral, les deux intermaxillaires soudés forment le tubercule médian muni des quatre incisives. On en a conclu que la fissure unilatérale passe de même entre l'incisive et la canine (1). Depuis, l'embryologie a fourni l'explication du fait : la fissure résulte de la non réunion du bourgeon nasal interne et du bourgeon maxillaire supérieur au niveau de la lèvre seule (fente la-

(1) Le passage de Gœthe cité plus haut prouve en effet que cette opinion n'est pas celle de Gœthe; pour lui, la fente unilatérale désunit « la suture moyenne qui réunit les deux moitiés ».

biale), ou de l'os incisif (fente labio-alvéolaire), ou de la cloison nasale médiane et de la voûte palatine (fente labio-palatine).

Parfois, on a vu la fente labio-alvéolaire remonter vers l'orbite : tels sont les cas de P. Broca (1), de Guersant (2), etc.; c'est qu'alors le défaut de soudure s'est prolongé entre le bourgeon maxillaire supérieur et le bourgeon nasal externe, le long du sillon lacrymal.

Mais il y a des cas incontestables, quoique rares, où la fissure osseuse passe entre l'incisive médiane et l'incisive latérale. Ces faits, exceptionnels, sont éclairés par la duplicité possible des points osseux de l'intermaxillaire, et M. Hamy (3) insiste sur cette explication, trop longtemps méconnue parmi nous. Donc, l'exception confirme la règle, pour employer un adage usuel, et l'on voit ainsi triompher, sur toute la ligne, l'hypothèse de Gœthe et les démonstrations de Coste.

Pour terminer, je mentionnerai encore la fente médiane, très vite soudée, dont le bec-de-lièvre médian, simple ou complexe, marque parfois la trace. Il reste enfin à parler de quelques cas rares, où la fissure remonte de la bouche vers l'orbite en ouvrant le trou sous-orbitaire : ces faits, tout à fait exceptionnels, ne semblent pas résulter d'une fente normale persistante.

J'aurai quelques mots à dire sur les fissures de ces deux dernière variétés. Mais c'est surtout du bec-de-lièvre vulgaire qu'il sera question ici. P. Albrecht ne se lasse pas de soutenir, en effet, que la théorie classique est radicalement fausse; que son point de départ est erroné, que la fissure osseuse passe toujours entre l'incisive médiane et l'incisive latérale. Voyons donc, en détail, quelles sont les assertions d'Albrecht et les controverses auxquelles elles donnent lieu.

(*A suivre.*)

(1) *Bull. Soc. chir.* Paris, 1862, 2e série, t. III, p. 92.

(2) *Bull. Soc. chir.* Paris, 1860, 2e série, t. I, p. 113 et 118.

(3) Voy. *loc cit.*, p. 55 et 60.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR
L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Docteur **Rivière**, Chef de Clinique d'accouchement à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

TRAITEMENT

N'est-il pas navrant, s'écrie M. Abadie (2) dans une de ses leçons, de songer qu'à l'heure actuelle l'ophthalmie purulente, cette redoutable affection, fait encore un nombre considérable d'aveugles, alors que nous possédons pourtant le moyen infaillible de la guérir. N'est il pas plus triste encore, ajouterons-nous, de voir naître dans les maternités ou ailleurs, cette ophthalmie dont on peut empêcher l'éclosion.

La cause spécifique de l'ophthalmie étant en effet connue, le problème à résoudre consiste à faire intervenir des agents assez puissants pour détruire le gonococcus, soit quand il a déjà provoqué par sa présence dans les yeux du nouveau-né des accidents plus ou moins graves, traitement curatif, soit avant tout phénomène réactionnel et même alors en le poursuivant dans son lieu d'origine, le vagin, traitement préventif.

TRAITEMENT CURATIF

Il y a dans cette question du traitement curatif trois faits bien distincts à considérer : Il ne suffit pas en effet de détruire le germe spécifique de l'ophthalmie étalé à la surface de la conjonctive; il faut encore le poursuivre jusque dans les tissus dont il s'efforce de dissocier et de détruire les éléments et

(1) Mémoire couronné (médaille d'or de 500 francs) par la Société protectrice de l'Enfance de Paris, 1887. Voir *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juin et juillet 1887.

(2) ABADIE. *Progrès médical*, 6 déc. 1884.

pour cela rendre le terrain de culture réfractaire et opposer aux germes échappés à la destruction une barrière efficace; il faut enfin combattre les accidents inflammatoires provoqués par la contamination.

Le traitement curatif devra donc, pour être complet, remplir les conditions suivantes :

1° Détruire le gonococcus et le poursuivre dans tous ses retranchements.

2° Rendre le terrain réfractaire.

3° Juguler les phénomènes inflammatoires dont la marche progressive aggrave sans cesse le pronostic en permettant aux germes de pénétrer plus avant dans l'intimité des tissus.

La ligne de conduite est tout indiquée; le gonococcus étant un microbe, on doit pour le détruire, faire agir des agents capables de l'atteindre dans sa vitalité.

Or, M. Oppenheimer, étudiant sur des cultures pures de gonococcus l'influence de diverses substances susceptibles d'amener ce résultat, aurait constaté que le gonococcus de Neisser opposait une grande résistance aux agents chimiques. Seuls le sublimé à 1/2 pour 1000 et la créosote à 1 pour 20, auraient sur lui quelque action,

M. Kreiss (1) qui s'est livré à ce sujet à des recherches beaucoup plus complètes et plus minutieuses est arrivé à d'autres conclusions. Il a d'abord pu s'assurer de la possibilité d'arrêter la végétation des gonococcus en incorporant au milieu de culture du bicarbonate de soude à 1,5 ou 2 pour 100. Mais il a surtout étudié l'influence d'un grand nombre d'agents sur les cultures du microbe.

Il procédait de la façon suivante : une solution stérilisée de la substance en expérience était versée à la surface d'une culture étalée dans un verre à réactif jusqu'à former une couche de 1 à 1,5 centimètre d'épaisseur. A la surface d'une autre culture, destinée à servir de pièce de contrôle, on versait une couche d'eau stérilisée de même épaisseur. Les deux verres

(1) *Wiener Med. Wochenschrift*, 1885.

étaient exposés pendant 24 heures à une température de 30 à 35 degrés.

Dans ces conditions, la végétation des gonococcus a été enrayée par les solutions suivantes : le nitrate d'argent et le chlorure de platine à 1 pour 100, le thymol à 1 pour 1000 et le sublimé à 1 pour 10000.

Avec d'autres substances, permanganate de potasse, iodoforme, chlorure de chaux à 1 pour 100, chlorure de zinc, acide chromique à 0,5 pour 100, Kreiss a obtenu seulement des traces de culture, mais la végétation des gonococcus n'a pu être entièrement arrêtée.

Enfin, quelques autres sont restées sans action sur eux, tels le chlorate de potasse, l'acide phénique, le chloral à 5 pour 100, le sulfate de zinc, l'acétate de cuivre, le tannin, la résorcine à 1 pour 100, l'acétate de plomb à 0,25 pour 100.

Quatre substances seulement ont donc sur le gonococcus une action énergique et complète. Deux d'entre elles sont d'un usage peu courant, les deux autres au contraire sont chaque jour employées et leur action répond à bien des indications diverses. Le sublimé depuis quelques années a conquis en obstétrique une place prépondérante, le nitrate d'argent bien avant qu'on connût son action antiseptique jouait déjà en ophthalmologie un rôle important.

Mais si l'expérimentation assigne à ces deux sels une situation privilégiée, la clinique, elle aussi, démontre leur efficacité. M. Hubscher (1) a pu constater à l'aide du microscope que l'amélioration constante et la terminaison favorable de l'affection, sous l'influence du traitement par le sublimé et le nitrate d'argent, marchent de concert avec une diminution et finalement la disparition complète des gonococcus. Dans un cas entre autres, l'examen pratiqué avant toute intervention montre les cellules comme farcies de gonococcus. Dès le lendemain, sous l'influence du traitement par le sublimé et le nitrate d'argent, leur nombre a considérable-

---

(1) HUBSCHER. *Archiv. d'ophthalmologie*, 1885.

ment diminué à tel point qu'il faut les chercher dans la préparation ; ils ont du reste quitté les cellules détruites et sont dispersés çà et là au milieu des détritus cellulaires. Dès le quatrième jour, on a peine à en découvrir quelques-uns ; au sixième jour, leur disparition est complète.

M. Hubscher, qui n'attache au nitrate d'argent aucune valeur antiseptique, mais l'accepte simplement comme caustique explique d'une ingénieuse façon l'action combinée du sublimé et du nitrate d'argent. La cautérisation au nitrate d'argent a, d'après lui, pour effet de coaguler le contenu des cellules et d'amener leur rétraction. Dès lors, les gonococcus, dispersés de tous les côtés par la destruction de leurs lieux de refuge, tombent sous l'action septicide du sublimé. En même temps l'eschare produite par le nitrate offre une barrière à la pénétration des micrococcus échappés à la mort, dans les couches plus profondes de la muqueuse.

Cette interprétation ingénieuse des faits n'est pas absolument exacte et le rôle que M. Hubscher fait jouer au nitrate d'argent suffisamment important, puisque l'action antiseptique du nitrate d'argent est aujourd'hui démontrée soit par les recherches générales de MM. Miquel et de Jalan, soit par celles toute spéciales de M. Kreiss.

Un traitement antiseptique s'impose donc et le nitrate d'argent pouvant être, au point de vue antiseptique, placé au même rang que le sublimé, auquel des deux agents devra-t-on de préférence s'adresser ?

C'est ici le lieu de rappeler les termes du problème à résoudre. Il faut non seulement détruire le gonococcus à la surface de la conjonctive mais encore le poursuivre jusque dans ses retranchements, c'est-à-dire jusque dans les cellules qu'il a envahies. Or, M. Hubscher nous a montré le nitrate d'argent faisant rétracter la cellule, obligeant le gonococcus à fuir le noyau et à subir ainsi l'action puissante de l'antiseptique. Le nitrate d'argent agit là comme caustique d'abord, comme antiseptique ensuite.

Nous avons vu d'autre part, qu'une première attaque du

nitrate d'argent ne suffit pas pour détruire tous les gonococcus ; le lendemain, l'examen démontre qu'il en reste encore dans la préparation. Il est donc utile d'opposer à ces microbes échappés à la mort une barrière suffisante et de les empêcher de pénétrer plus avant dans les tissus pour y repulluler. Le nitrate d'argent, grâce à sa causticité répond encore à cette nécessité, en constituant à la surface de la conjonctive une eschare susceptible d'arrêter le gonococcus dans sa migration. La causticité de l'agent employé dans le traitement curatif de l'ophthalmie purulente a par suite une valeur au moins égale à sa puissance antiseptique, celle-ci étant pour ainsi dire solidaire de la première.

L'action du sublimé peut-elle être aussi efficace ? Il faudrait pour cela que cet agent répondit aux deux termes du problème. Or, s'il est antiseptique au même titre que le nitrate d'argent, est-il caustique comme lui ? Dans le but d'éclairer ce point important, nous avons instillé dans les yeux de cinq nouveau-nés, une solution non alcoolique de sublimé à 1 pour 1000. L'examen à la lumière oblique, pratiqué avec soin aussitôt après l'instillation puis quelques heures après, nous a montré l'absence complète de toute réaction ; il ne se produisit pas la plus légère eschare.

Nous croyons pouvoir conclure de cette expérience, qu'à valeur égale comme antiseptique, le nitrate d'argent a, sur le sublimé, l'avantage d'être un excellent caustique ce qui lui permet de répondre d'une manière plus parfaite aux deux premiers termes du problème thérapeutique à résoudre. C'est donc, jusqu'à nouvel ordre du moins, au nitrate d'argent que nous aurons recours dans le traitement curatif de l'ophthalmie.

Etudions maintenant son mode d'emploi :

Le moment où l'on est appelé à intervenir est très variable. Ou bien, en effet, l'ophthalmie débute à peine, ou bien l'enfant a les paupières démesurément gonflées, distendues par le pus et la cornée déjà atteinte ou sur le point de l'être.

L'intervention sera-t-elle différente dans les deux cas ? Nous en jugerons plus loin et nous nous placerons d'abord dans l'hypothèse la plus sérieuse.

Soins préliminaires. Lavage de l'œil. — Il faut d'abord débarrasser l'œil du pus qui l'encombre et s'opposerait à l'action efficace du nitrate d'argent ; il faut, comme dit Warlomont, faire la chasse au pus.

Pour cela, après avoir immobilisé la tête de l'enfant soit sur un coussin, soit entre les jambes de l'opérateur, on procède au nettoyage en se servant généralement de linges ou d'éponges ; c'est là un procédé déplorable. Le linge encore peut facilement être changé, mais l'éponge fait généralement un long service, sert simultanément pour plusieurs enfants et ne tarde pas à se charger de germes qu'il lui sera facile de transmettre à des nouveau-nés encore indemnes. On peut même constituer dans une Maternité, nous avons cité l'exemple de Gand, un foyer véritablement permanent susceptible d'entretenir pendant des années l'ophthalmie à l'état endémique. De plus, l'eau dans laquelle plongent ces linges ou cette éponge est bientôt, à son tour, saturée de germes septiques.

On peut aussi employer pour ces lavages une seringue, procédé dangereux, pour le malade et pour l'entourage. Pour le malade, car le lavage doit être minutieux, aller chercher le pus jusque dans les moindres replis ; il est par suite nécessaire que l'extrémité de la canule pénètre entre les paupières et approche de très près la cornée. Or en exerçant quelque effort sur le piston de la seringue, la pointe de l'instrument peut heurter brusquement cet œil déjà malade et exagérer l'inflammation. Pour l'entourage, car à moins d'être manié par des mains habiles, le jet est irrégulier, brusque, souvent violent ; le liquide de lavage, après avoir passé sur l'œil et entraîné le pus peut rejaillir dans les yeux des assistants et contaminer ainsi des adultes ; les exemples de ce genre abondent et doivent suffire à faire rejeter le procédé.

Il ne faut pas l'oublier, du reste, si cette première lotion est faite par le médecin, les suivantes seront le plus souvent pratiquées par des élèves ou des gardes plus ou moins inexpérimentées.

L'appareil de M. Brière répond mieux au but proposé. Cet appareil, d'une extrême simplicité, se compose d'un récipient quelconque, suspendu à 15 ou 20 centim. au-dessus de la tête de l'enfant. Un tube de verre, faisant office de siphon et plongé dans le liquide, se continue avec un tube de caoutchouc qui se termine à son autre extrémité par un tube de verre à pointe effilée. Ce tube est introduit entre les paupières et l'appareil fonctionnant tout seul, permet un lavage aussi parfait que possible. L'instrument est toujours propre et il suffit qu'une pince à pression soit maintenue au voisinage de la canule pour que le siphon soit constamment amorcé.

On emploie de préférence à la Clinique les bocaux qui servent à donner aux accouchées des injections vaginales ou utérines. Ce sont de grands bocaux de verre portant à leur base un orifice tubulé auquel s'adapte un long tube de caoutchouc terminé par une petite canule de verre, comme dans l'appareil précédent.

Un appareil plus simple est un petit réservoir en métal, porcelaine ou verre, se terminant inférieurement en cône. L'extrémité du cône porte une ouverture à laquelle s'adapte le tube de caoutchouc.

Un instrument pratique encore est celui proposé et employé depuis plusieurs années par M. le prof. agrégé Lefour (1) pour lavages vaginaux et utérins. Cet appareil comporte comme réservoir une bouteille quelconque à laquelle on adapte un bouchon de caoutchouc. A travers ce bouchon, passent deux tubes métalliques accolés ; l'un est long de 10 centimètres et se termine extérieurement par un tube sur lequel on fixe le tube de caoutchouc avec sa canule ; l'autre d'une largeur de 30 centimètres environ, descend jusqu'au fond de la

(1) LEFOUR. *Gaz. hebdomad. de Bordeaux*, 10 octobre 1886.

bouteille où il permet l'accès de l'air. Cet appareil d'un prix modique, d'un transport facile, rend de grands services dans la pratique civile pendant les suites de couches. Pour le mettre en action il suffit de renverser la bouteille, après l'avoir remplie. Or, sans autre modification qu'un changement de canule, il peut aussi bien servir aux nettoyages fréquents des yeux qu'aux lavages utéro-vaginaux.

On peut enfin n'avoir à sa portée aucun de ces appareils. Il faut bien alors se contenter de linges ou d'éponges, qui, imprégnés du liquide choisi, seront comprimés doucement au-dessus des yeux de l'enfant. Le jet est dirigé successivement et à volonté sur les différentes parties de l'œil malade, en évitant avec soin les éclaboussures, dangereuses pour l'autre œil s'il est encore sain aussi bien que pour les yeux de l'entourage.

Au lieu d'éponges ou de linges, mieux vaut alors faire à mesure de petits tampons d'ouate hydrophyle que l'on jette aussitôt après s'en être servi ; on peut avec ces tampons, enlever par frottements le pus concrété dans les plis de la peau des paupières et procéder ainsi à un nettoyage plus parfait.

Choix du liquide. — La solution le plus généralement employée est la solution d'acide à 4 pour 100. Cependant, M. Brière conseille la liqueur de Labarraque (5 à 6 cuillerées par litre), le benzoate de soude à 4 pour 1000, ou l'acide phénique à même dose. Alf. de Græfe fait usage de l'acide borique à 4 pour 100 ou de l'acide phénique à 2 pour 100. L'acide borique est, croyons-nous, supérieur à l'acide phénique, car il n'est pas comme ce dernier toxique ni irritant. Warlomont préconise l'emploi d'un liquide composé de 6 centigr. de sublimé et 30 centigr. de chlorhydrate d'ammoniaque pour 300 gram. d'eau.

Ces agents agissent de deux façons : mécaniquement, ils entraînent le pus au dehors, chimiquement, ils détruisent le gonococcus, au moins dans une certaine mesure. Dans ces

conditions, au lieu d'utiliser ces substances, aussi bien que le chloral, l'acide salicylique, l'acide thymique et bien d'autres, pourquoi ne pas s'adresser de préférence au sublimé dont la puissance antiseptique est si grande. Dans la clinique de M. Landolt, l'emploi du sublimé a donné d'excellents résultats. Employé par nous a la dose de 1 pour 5000, soit à la clinique, soit en ville, il nous a toujours paru remplir parfaitement le rôle que nous lui destinions. Aussi croyons-nous plus logique, pour procéder à ces lavages fréquents des paupières de substituer le sublimé à l'acide borique, d'autant qu'à cette dose, le sublimé se dissout dans l'eau sans addition d'alcool. Or si l'alcool est lui-même un antiseptique, il est irritant et son intervention pourrait avoir quelque inconvénient qu'il est plus sage d'éviter.

Désinfection et cautérisation des conjonctives. — Le terrain étant ainsi préparé à l'action antiseptique proprement dite, comment procéder, à l'aide du nitrate d'argent, à la destruction des gonococcus.

Le nitrate d'argent peut être appliqué sous des formes différentes. Il peut en effet être employé sous forme de crayon, en collyre ou en badigeonnages.

Le crayon de nitrate d'argent était autrefois la seule forme usitée. Il n'a plus aujourd'hui que peu de partisans. Cependant M. Bailly (1) lui reconnaît encore les avantages suivants. D'après lui, la cautérisation reste limitée exactement à la conjonctive ; elle est moins douloureuse ; car des enfants, badigeonnés ou instillés crient et refusent le sein pendant une demi-heure et plus, tandis qu'après cautérisation au crayon, ils se calment et tetent après 5 ou 6 minutes ; elle est enfin plus expéditive, une seule application suffisant le plus souvent.

Le crayon nous paraît au contraire avoir plus d'inconvénients que d'avantages. Sa puissance est extrême et peut

(1) BAILLY. *Gaz. des hôpit.*, 1886.

amener consécutivement des rétrécissements cicatriciels des paupières ; son maniement est difficile et ce n'est qu'à grand'peine qu'on arrive à fouiller tous les replis conjonctivaux, condition cependant nécessaire si l'on veut ne laisser échapper aucun gonococcus. Tout récemment, j'étais appelé par un confrère à voir un nouveau-né atteint depuis trois jours d'ophthalmie purulente. Deux cautérisations au crayon, pratiquées avec soin, avaient produit sur la muqueuse une eschare très épaisse ; les paupières démesurément gonflées, rendaient l'examen difficile ; nous pûmes cependant constater que la cornée était profondément et irrémédiablement atteinte ; la cautérisation était sans doute restée incomplète. Enfin, quand l'œdème des paupières est considérable, l'usage du crayon doit devenir complètement impossible.

Pour diminuer sa puissance, Desmarres père a bien introduit dans la pratique des crayons mitigés, aux nitrate d'argent et nitrate de potasse (1) pour 1 ou même 1 pour 2). M. Dehenne (1) repousse l'emploi de ces crayons même mitigés. Ils peuvent en effet répondre dans une certaine mesure à l'objection basée sur la puissance extrême du crayon pur ; ils ne renversent pas les deux autres, action incomplète, difficulté d'emploi.

Le nitrate d'argent en collyre est de pratique courante et ne présente pas les inconvénients du crayon. Il est en effet facile de doser le collyre suivant les besoins ; sa forme liquide lui permet de pénétrer partout et de ne laisser aucun microbe. Mais le collyre a aussi ses défauts. Il agit sur la conjonctive, mais aussi sur la cornée. Or dans les formes graves, celle-ci est rapidement altérée et il est indiqué, dans ces conditions, d'éviter les collyres métalliques et bien que, en présence de la gravité de la situation, beaucoup d'auteurs conseillent de passer outre à condition de neutraliser aussitôt l'excès de nitrate d'argent par de

(1) DEHENNE. *Union médic.*, 2 déc. 1886.

l'eau salée ; bien que M. Galezowski (1) considère le nitrate d'argent comme sans danger même lorsque la cornée est altérée, il nous paraît plus sage de recourir au troisième mode d'application, aux badigeonnages.

Le badigeonnage au nitrate d'argent présente en effet les avantages des méthodes précédentes sans en avoir les inconvénients. Grâce à sa souplesse, le pinceau de blaireau permet de conduire le nitrate dans tous les points et jusque dans les culs-de-sac, et cela sans toucher la cornée. Sa puissance d'action peut être aussi grande qu'on le désire, en modifiant, suivant les cas, la dose prescrite et nous verrons tout à l'heure que des doses très concentrées, sagement maniées, ont amené d'excellents résultats. Avec un collyre, on ne pourrait utiliser des doses aussi fortes.

Quant à la douleur produite par le badigeonnage, nous ne pouvons accepter qu'elle soit plus grande que celle causée par le crayon ; M. le professeur Masse (1) a vu un nouveau-né tomber en syncope après une cautérisation au crayon mitigé au tiers ; on pourrait du reste utiliser l'action si précieuse de la cocaïne pour rendre plus supportables ces phénomènes douloureux.

M. Warlomont conseille, lui aussi, les badigeonnages au pinceau mais il voudrait qu'on chargeât le pinceau en le promenant sur un crayon de nitrate d'argent, pur ou mitigé. Ce procédé est défectueux car il ne permet pas de se rendre compte exactement du degré de concentration obtenu.

Du reste, pour répondre à toute objection, nous avons pris l'habitude de faire suivre chaque badigeonnage d'une instillation de quelques gouttes d'un collyre plus faible. Le badigeonnage localise son action sur les paupières, le collyre va pourchasser partout les gonococcus qui ont pu échapper jusque-là au nitrate d'argent.

Cette manière de voir, nous l'avons puisée dans l'étude des faits cliniques que nous allons passer en revue. Vingt-deux

(1) MASSE. *Gaz. hebdom. de Bordeaux.*

cas d'ophthalmie purulente ont évolué sous nos yeux à la Clinique : 7 du 1er novembre 1884 au 1er janvier 1885 ; 15 depuis cette époque jusqu'au 1er novembre 1886.

Dans les 7 premiers cas, la conjonctive fut badigeonnée avec une solution à 1/00, dont quelques gouttes étaient ensuite instillées dans chaque œil. Ce traitement amena constamment la guérison sans lésion cornéenne mais avec une grande lenteur ; 7, 8, 10 jours étaient nécessaires non pour que tout accident disparût, mais pour que tout danger fut considéré comme écarté. C'est dans ces conditions, qu'à la fin de décembre 1884, nous fûmes appelé en ville auprès d'un nouveau-né atteint depuis la veille d'ophthalmie. Bien que la mère ne fut pas blennorrhagique, nous croyons pouvoir l'affirmer, l'ophthalmie avait déjà pris des proportions effrayantes. Les paupières, démesurément gonflées ne pouvaient être retournées ; en cherchant à les ouvrir, le pus jaillit à près de 30 centimètres du lit de l'enfant. Ce pus, épais, crémeux, remplissait les moindres replis de la conjonctive, masquait la cornée et donnait très bien cette apparence d'ophthalmie pseudo-membraneuse décrite par Chassaignac. Une irrigation pratiquée largement permit de constater l'intégrité de la cornée, mais déjà la conjonctive oculaire, boursoufflée, saillante, formait comme un chémosis autour de la cornée qui ne pouvait tarder à être atteinte. En présence d'une situation aussi grave, nous n'hésitâmes pas à employer une solution de nitrate d'argent à 5/00. Après application, pendant quelques instants, de compresses chaudes à 47 ou 48 degrés, nous pûmes retourner les paupières, faire un badigeonnage minutieux en évitant de toucher la cornée. Par précaution, deux gouttes d'un collyre à 1/00 furent instillées dans chaque œil ; l'excès de nitrate fut neútralisé à l'eau salée.

Le soir même, l'état s'était à ce point amélioré que nous jugeâmes les yeux sauvés. Sous l'influence de compresses chaudes maintenues en permanence sur les yeux l'œdème avait rapidement cédé ; le pus moins abondant était séro-purulent, l'eschare produite par la cautérisation ne parais-

sait plus. Les badigeonnages renouvelés matin et soir pendant quatre jours et suivis d'instillation amenèrent dès le cinquième jour une guérison complète. L'enfant revu depuis cette époque ne présente pas la moindre tache de la cornée.

Cette manière de procéder, badigeonnages matin et soir avec solution forte, suivis d'une instillation avec solution faible, fut alors introduite à la Clinique et, dans 15 cas, les résultats obtenus ont été excellents. La cornée est toujours restée intacte et la durée de l'ophthalmie a été notablement diminuée. Dans la majorité des cas, au bout de 24 heures, le gonflement œdémateux des paupières avait presque toujours disparu ; la sécrétion avait perdu ses caractères virulents pour prendre rapidement un aspect séreux, d'un jaune presque transparent, couleur indiquant la presque disparition des globules de pus. Dans quelques cas cependant, l'amélioration fut moins rapide ; trois jours furent nécessaires pour que la sécrétion prît cet aspect séreux. C'est que, dans ces cas, les cautérisations du soir avaient dû être confiées aux élèves qui n'y avaient pas probablement apporté toute l'attention désirable.

Le nombre des badigeonnages n'est donc pas indifférent. M. Galezowski, qui en préconise l'emploi, insiste pour qu'ils soient faits matin et soir. M. Abadie (1) encore plus formel, considère ce badigeonnage répété toutes les 12 heures, comme une condition *sine quâ non.* Il a suivi en effet avec le plus grand soin, la marche des phénomènes et a pu s'assurer qu'après 12 heures, l'action du nitrate d'argent paraît s'épuiser ; les accidents reprennent une marche progressive. On peut, dit-il, s'en assurer facilement : un malade avec lésion cornéenne se présente à vous, pratiquez une cautérisation et examinez-le après 12 heures ; sa cornée sera éclaircie ; il y aura amélioration. Suivez-le encore mais sans cautériser ; au bout de 14 ou 16 heures, la cornée redevient trouble et les lésions s'aggravent. Nouvelle cautérisation, nouvelle amélioration et ainsi de suite.

(1) ABADIE. *Gaz. des Hôpitaux*, 8 avril 1882.

Dosage du nitrate d'argent. — Le nitrate d'argent employé en badigeonnages doit l'être à dose suffisamment concentrée. Il ne faut pas oublier en effet son double mode d'action. Autant qu'antiseptique, il est caustique et cette action, nous l'avons vu, joue un rôle important dans le traitement. Plus les accidents sont graves, plus il est indiqué d'aller profondément dissocier les cellules épithéliales autour et au centre desquelles se réfugient les gonococcus. Pour arriver à ce but, il faut proportionner la dose à l'action que l'on veut obtenir.

Ces doses ont beaucoup varié. Au-dessus de 1 pour 100, elles ont pu être portées jusqu'à 8 gram. pour 100. M. Galezowski touche la surface conjonctivale avec une solution à 2,5 pour 100. M. Abadie recommande une solution de 2 à 5 pour 100 ; nous avons pu sans inconvénient aller jusqu'à 5 pour 100. Nous croyons cependant que dans la majorité des cas, la dose de 2,5 pour 100 est la plus rationnelle. Il faut tenir compte en effet, d'une part de ce que le gonococcus est atteint dans sa vitalité par une solution à 1 pour 100 (Kreiss) et d'autre part aussi de ce fait que la solution est plus ou moins diluée par les larmes et les sécrétions de l'œil.

Quant aux instillations, dont l'effet doit être surtout antiseptique, la dose de 1 pour 200 nous paraît parfaitement suffire.

L'ophthalmie purulente se distingue, nous l'avons vu, par l'extrême acuité des symptômes initiaux et surtout par le gonflement excessif des paupières. Ce gonflement peut être tel qu'il fasse obstacle au renversement des paupières, empêche le nettoyage complet des conjonctives et rende inefficaces les badigeonnages. Dans ces conditions, il ne faut pas hésiter à fendre la commissure palpébrale externe dans une étendue de 5 à 6 millimètres, en comprenant dans la section la peau, le tissu cellulaire et une partie des fibres de l'orbiculaire, en évitant cependant de pénétrer jusqu'au cul-de-sac de peur de produire de l'entropion. Cette petite opération, qui se pratique au moyen de longs ciseaux de Dubois, en

même temps qu'elle donne du jeu aux voiles palpébraux, diminue la pression qu'ils exercent sur le globe oculaire et surtout sur la cornée et par la section des deux petites artères palpébrales, favorise la circulation dans les régions externes de l'œil (Warlomont).

Dans quelques cas exceptionnellement graves, ce débridement peut paraître insuffisant. C'est ce qui a déterminé M. G. Critchett à recommander, quand l'issue fatale est la règle, un moyen audacieux mais héroïque dont il a pu constater l'efficacité la seule fois qu'il l'ait mis en pratique. Introduisant une petite sonde cannelée sous la paupière supérieure jusqu'à ce qu'elle appuyât au bord de l'orbite, l'auteur divisa la paupière dans toute son épaisseur, avec un bistouri pointu, jusqu'à la marge du sourcil. Puis, afin de découvrir plus complètement la cornée, il maintint les deux angles du tarse ainsi séparés l'un de l'autre et écartés légèrement en les fixant avec une suture à la peau de la région sourcilière. Les effets immédiats de cette opération furent la diminution de la rougeur inflammatoire, du gonflement de la paupière et de la conjonctive, et la libre esposition au grand jour de la surface conjonctivale. Une solution de nitrate d'argent à 4,5 pour 100 permit une guérison complète sans altération de la cornée. Quelques jours après, la réunion des lèvres de la plaie au moyen de sutures fit disparaître toute trace de l'intervention.

Nous n'avons jamais eu pour notre part à recourir à ces moyens extrêmes. Avant d'en venir là, on peut retirer d'excellents avantages de l'emploi de compresses très chaudes (46 à 48°) maintenues en permanence et fréquemment renouvelées pendant un quart d'heure ou vingt minutes. Sous cette influence, nous avons vu dans le cas grave que nous avons cité, l'œdème diminuer rapidement et permettre d'obtenir ce renversement palpébral impossible quelques instants auparavant.

Il reste enfin un troisième terme du problème qu'il faut aussi résoudre. Le traitement institué a bien eu pour résul-

tat de détruire les gonococcus qui pullulent dans l'œil et d'opposer une barrière efficace à leur mouvement offensif. Mais la présence du microbe a éveillé des phénomènes inflammatoires dont il faut enrayer le développement. Or le nitrate d'argent est loin de répondre à cette indication car son premier effet est au contraire d'accroître momentanément la rougeur et la sécrétion.

Nous ne ferons que signaler pour en repousser l'usage, les saignées générales ou locales, les vésicatoires, les révulsifs intestinaux et autres médications qui, lorsqu'elles n'étaient pas nuisibles, n'avaient en tous cas aucun effet utile.

Pour combattre l'œdème des paupières, la vascularisation exagérée de la muqueuse, les auteurs recommandent tous l'application du froid sur les yeux; seule leur technique diffère légèrement. Les uns emploient de simples compresses d'eau froide fréquemment renouvelées ; d'autres préfèrent l'usage de la glace enfermée dans un sachet de baudruche qu'on laisse pendre sur l'œil. M. Landolt utilise des compresses glacées que l'on prépare en appliquant simplement pendant quelques minutes une pièce de toile pliée en huit sur un morceau de glace. Ces compresses sont maintenues en permanence six à huit heures par jour.

De ces différents procédés pour l'application du froid, le meilleur nous paraît consister dans l'emploi des sacs de baudruche (Warlomont) qui exige moins d'attention tout en étant d'une application facile, car le nouveau-né déplace peu la tête dans son berceau.

Mais le froid, quel que soit son mode d'application, détermine souvent des douleurs assez vives pour en rendre l'usage impossible. Or, depuis quelques années, l'eau très chaude, tend de plus en plus à remplacer l'eau froide dans un certain nombre de ses applications, soit comme hémostatique, soit même comme antiphlogistique. Pourquoi, dans les conditions actuelles, ne prendrait-elle pas là encore la place occupée jusqu'ici par l'eau froide ou glacée ? Pour notre part, nous avons chaque fois employé les compresses chaudes et

en avons obtenu chaque fois de très bons effets. Ces compresses (46 à 48°) placées sur les yeux aussitôt après le badigeonnage au nitrate d'argent, modéraient très heureusement le gonflement consécutif et calmaient presque instantanément la douleur. Maintenues toute les deux ou trois heures sur les yeux pendant 8 à 10 minutes, elles contribuaient, nous semble-t-il, à juguler les accidents inflammatoires, à faire disparaître rapidement l'œdème, à rendre plus efficaces les badigeonnages et répondaient mieux par suite au troisième terme du problème que nous nous efforçons de résoudre.

Mais qu'elle conduite tenir lorsque la cornée est atteinte dans son intégrité. Le nitrate d'argent est-il contre-indiqué? Pour bien des auteurs, il faut proscrire absolument tout collyre métallique. On tend aujourd'hui à réagir contre cette exclusion absolue. Ainsi, M. Galezowski (1) recommande de ne tenir aucun compte du plus ou moins mauvais état de la cornée. M. Abadie (2) est tout aussi catégorique et prétend même que le nitrate d'argent a une action utile sur la cornée ulcérée puisqu'on voit celle-ci s'éclaircir sous cette influence pour au contraire redevenir trouble dès qu'on espace trop les cautérisations.

Pour éviter les synéchies postérieures, il sera bon de faire intervenir le sulfate neutre d'atropine; on a aussi recommandé l'ésérine dont les propriétés anticompressives trouveraient ici leur application. La paracentèse enfin est nettement indiquée dès que la perforation cornéenne est imminente. Mais ces soins sont plutôt du domaine de l'ophthalmologiste et ne doivent pas nous arrêter plus longtemps.

Le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés chez l'adulte ne prête à aucune considération particulière. Le pronostic de l'affection étant cependant beaucoup plus grave, l'intervention devra simplement être plus rigoureuse et plus minutieuse encore.

---

(1) GALEZOWSKI. *Gaz. des hôpit.*, 1882.

(2) ABADIE. *Gaz. des hôpit.*, 8 avril 1882.

Tel est donc le traitement énergique auquel il ne faut pas craindre d'avoir recours dans les cas qui, d'emblée, paraissent graves ou qui ne sont soumis à l'examen du médecin que 24 ou 36 heures après le début des accidents.

Ce traitement, radical il faut bien l'avouer, n'est pas encore aujourd'hui complètement adopté par tout le monde, au moins dans toutes ses parties. Ainsi, M. Landolt (1) attribuant au sublimé une influence prépondérante, fait pratiquer des lavages toutes les deux heures avec une solution de sublimé à 1/5000; il a bien recours aux cautérisations au crayon mitigé mais seulement lorsque la sécrétion est franchement purulente. C'est là il est vrai une question de détail, mais nous ne voyons pas bien quel avantage il y a à attendre si longtemps pour utiliser les précieuses propriétés du nitrate d'argent.

Encore n'est-ce là qu'une question de procédé. Mais le nitrate d'argent lui-même a trouvé des ennemis acharnés. M. Knapp (2) par exemple, méconnaissant complètement à notre avis la nature infectieuse de la maladie, considère que dans la période d'état, on peut s'abstenir de tout traitement et se contenter de l'application méthodique et continue du froid, pour éviter la perforation de la cornée. Toutefois dans les cas à marche très rapide ou au contraire très lente, il admet l'emploi des astringents ou des caustiques faibles. M. Knapp qui ne fournit à l'appui de sa méthode aucune statistique, nous paraît confondre les différentes formes d'ophthalmie. Du reste l'insuffisance d'un tel traitement saute aux yeux lorsqu'on songe surtout aux conséquences désastreuses que peuvent entraîner des hésitations de quelques heures seulement.

Dans une thèse récente, M. Escalaïs (3) repousse, sans appel, le nitrate d'argent, soit en instillations, soit en badi-

(1) HUBICHER. *Archives d'ophthalmologie*, 1885.

(2) KNAPP. *Archiv. of Ophthalm.*, 1882, XI.

(3) ESCALAIS. *Thèse, Paris*, 1883.

geonnages. Ces derniers d'après lui sont d'une pratique difficile entre les mains du personnel des Maternités ou entre celles des parents. L'œdème est quelquefois si considérable qu'on ne peut sans une extrême habileté retourner les paupières. Et alors le badigeonnage est mal fait et ne remplit pas le but. Son emploi est dangereux, car il entraîne au moins le dépolissement et l'ulcération de la cornée. Les mieux partagés, dit l'auteur, s'en tirent avec une perforation qui s'accompagne de leucome et de synéchie. M. Escalaïs, se basant sur 18 observations, préfère au nitrate d'argent les lotions et irrigations fréquentes à l'aide d'une solution d'acide phénique à 1 pour 100.

Il nous paraît facile de répondre aux accusations portées par M Escalaïs contre le nitrate d'argent. Et d'abord si le retournement des paupières est quelquefois difficile, nous le reconnaissons, on peut toujours y arriver, surtout avec l'aide des compresses chaudes maintenues quelques instants sur les yeux. Or, même dans les cas graves, on peut encore perdre une demi-heure même sans compromettre le résultat cherché. En tous cas, si l'affection est assez grave pour qu'une heure ne puisse être perdue, ce ne sont pas des irrigations phéniquées qui pourront suffire, irrigations du reste que l'œdème doit rendre difficiles et incomplètes. Quant à être dangereux dans son emploi et à provoquer au moins le ramollissement et l'ulcération de la cornée, nous ne le croyons pas, à condition de ne pas livrer les badigeonnages à des mains inhabiles. La situation est assez grave pour que le médecin se charge seul de ce soin. Nous avons du reste précédemment cité notre série de 23 cas d'ophthalmie grave sans un seul fait d'altération quelconque de la cornée et même rappelé que MM. Galezowski et Abadie se servent du nitrate d'argent alors que la cornée est déjà ulcérée.

Enfin la série de 18 faits rapportés par M. Escalaïs ne constitue pas un faisceau suffisant à opposer aux nombreux cas cités par les auteurs. Du reste les expériences de Kreiss ont prouvé que même à la dose de 5 pour 100, l'acide phéni-

que n'arrête pas la végétation du gonococcus. A plus forte raison la solution à 1 pour 100, qui en somme, ne peut agir qu'en entraînant mécaniquement au dehors les gonococcus étalés à la surface des conjonctives. C'est là pour nous un traitement insuffisant.

M. Fieuzal (1) conseille, lui aussi, de se servir presque uniquement des lavages antiseptiques de la conjonctive, fréquemment répétés, soit à l'acide phénique à 4 pour 1000, soit à l'acide borique à 5 pour 100, et proscrit les collyres métalliques. Cette médication conduit d'après lui à la guérison les trois quarts des malades. Il réserve aux cas exceptionnellement graves le traitement classique au nitrate d'argent.

M. Fieuzal reconnaît donc lui-même que sa méthode reste sans résultat dans un quart des cas. Or, au début d'une ophthalmie, il est bien difficile de savoir à quelle forme, grave ou bénigne, on aura affaire. Aussi nous paraît-il imprudent de s'attarder à des moyens insuffisants surtout si l'on songe avec quelle rapidité marchent parfois les accidents. A ce point de vue, l'observation suivante nous paraît instructive. Un enfant atteint simultanément d'ophthalmie purulente double est laissé pendant les premiers jours aux soins inintelligents de l'entourage. Lorsqu'au 15e jour, l'enfant est amené à un médecin, l'œil droit est complètement perdu, à gauche la cornée est intacte encore. Fallait-il au début, traiter l'œil droit rigoureusement avec le nitrate d'argent, l'œil gauche plus simplement avec des irrigations même antiseptiques ? Pouvait-on prévoir que l'affection serait spontanément grave à droite, spontanément bénigne à gauche ? Evidemment non. Le mieux était donc de traiter énergiquement les deux yeux ; le gauche eut été sauvegardé quand même, le droit n'eut pas été perdu.

Ceci revient à nous demander si, dans les cas où l'ophthal-

(1) FIEUZAL. *Congrès d'hygiène de Genève*, 1883. — *Clinique de l'hospice des Quinze-Vingts*, 1879, p. 93.

mie purulente semble revêtir au début des apparences bénignes, le traitement doit être dès le premier moment, aussi énergique. Beaucoup d'auteurs prétendent proportionner la rigueur du traitement à l'intensité des accidents. Des règles très précises à cet égard ont été formulées par Mackensie d'abord, puis par Desmarres père, Arlt et de Græfe. Il faut, disent-ils (Warlomont) asseoir les bases du traitement de chaque cas, en déterminant d'abord le degré de la maladie, son caractère de bénignité ou de gravité, l'époque de son invasion, sa cause productrice. On devra surtout tenir compte de l'épaisseur, de la couleur, de la consistance de la muqueuse conjonctivale et si le cas est léger, se garder de recourir à une médication perturbatrice, se contenter de simples lotions au benzoate de soude, ne recourir au nitrate d'argent que dans les cas plus graves et élever ou abaisser suivant les cas, le titre de la solution employée.

M. Abadie acceptant deux formes, l'une grave à gonococcus, l'autre bénigne sans gonococcus, conseille, dès le début des accidents, d'examiner le pus au microscope, et si le gonococcus se retrouve dans la préparation, d'instituer aussitôt un traitement énergique à l'aide des badigeonnages de nitrate d'argent à 2 ou 3 pour 100 répétés toutes les 12 heures : sinon s'en tenir à des cautérisations légères ou même à de simples lotions phéniquées ou boriquées.

C'est là, nous semble-t-il, un procédé peu pratique et peu sûr. Combien trouvera-t-on de praticiens assez familiers avec l'étude microbiologique pour se livrer à ces recherches. Combien même qui possèdent un microscope ? En admettant que le gonococcus existe dans le pus de l'ophthalmie, est-il si difficile de ne pas l'apercevoir ? Et si, plein de confiance dans le résultat de son examen microscopique, le médecin s'endort dans une douce quiétude, ne s'expose-t-il pas à un pénible réveil ? Assurément, l'emploi d'une médication hésitante et timide n'entraînera pas toujours alors la perte complète de la vue ; souvent la cornée elle-même sera respectée ; en tous cas, la guérison sera lente et laissera pendant

de longs jours la porte ouverte à des complications redoutables.

Nous n'en voulons d'autre preuve qu'une observation du professeur Masse (1) dans laquelle leslotions boriquées, les cautérisations au sulfate de cuivre, puis au nitrate d'argent à 0,3 pour 100 n'avaient amené au 5e jour aucune amélioration. Déjà un chémosis enchâssait la cornée; déjà la cornée elle-même était légèrement trouble; des cautérisations énergiques au crayon enrayèrent au contraire les accidents en quelques heures et le 11e jour, l'enfant était guéri.

Cette observation intéressante montre le danger que peut faire courir en des mains inexpérimentées un traitement atténué. Si M. Masse en effet n'avait surveillé avec le plus grand soin la marche des accidents, la cornée déjà trouble n'eut pas tardé à se perforer; la vue eut été perdue.

Il vaut donc mieux, au moins au point de vue thérapeutique, n'accepter qu'une seule forme d'ophthalmie, toujours grave, et nécessitant toujours un traitement immédiatement énergique. Du reste, des auteurs éminents regardent tout attermoiement comme une faute. M. Parinaud, par exemple, considérant comme impossible, au début de l'ophthalmie, d'établir des signes différentiels entre les deux formes, recommande d'employer systématiquement le nitrate d'argent. M. Galezowski attribue ses succès constants à deux conditions : à ce qu'il considère toujours comme grave toute ophthalmie se déclarant dans les huit ou dix premiers jours de la naissance et à ce qu'il emploie, chez tous ses petits malades, des badigeomages répétés deux fois par jour avec une solution de nitrate d'argent à 2,5 pour 100.

TRAITEMENT PRÉVENTIF

L'étude du traitement préventif nous présente à envisager deux questions bien différentes, suivant que l'ophthalmie

(1) MASSE. *Gaz. hebdomad. de Bordeaux*, 16-23 août 1885.

règne déjà dans une Maternité, une crèche, une famille, ou au contraire n'a pas encore fait de victime ni constitué de foyer. N'existe-t-il pas un mode de traitement qui puisse, avec presque certitude, s'opposer à la propagation de l'affection ou même l'empêcher de naître? C'est ce que nous allons examiner en deux paragraphes distincts.

I. — *Moyens à employer pour s'opposer à la propagation de l'ophthalmie* II. — *Moyens à employer pour empêcher l'ophthalmie de naître.*

I. — Le nouveau-né peut n'avoir subi de contamination que d'un seul côté, l'ophthalmie est monoculaire. Dans ces conditions l'enfant est un péril pour lui-même avant de l'être pour les autres *et il faut avant tout s'efforcer de préserver l'autre œil.*

Le moyen le plus simple consiste à tenir l'enfant couché sur le côté malade, afin d'empêcher le pus de pénétrer dans l'œil sain. Mais ce n'est pas généralement un moyen suffisant. Malgré toutes les précautions, la contamination n'est que trop facile, les doigts, les linges, tous les objets qui entourent l'enfant servent alors d'intermédiaire. On a donc conseillé de protéger l'œil sain à l'aide d'un pansement occlusif.

Un tampon d'ouate ou de charpie fixé sur l'œil à l'aide d'un bandage roulé constitue un moyen d'une application facile, mais ce procédé a l'inconvénient de permettre au liquide purulent de pénétrer par capillarité à travers le pansement; la solidité du bandage est d'autre part des plus aléatoires.

Aussi a-t-on proposé d'autres moyens d'occlusion, verre de montre maintenu par un bandage (Bullers) (1), feuille de mica (Howe) (2) dont la transparence est suffisante pour laisser voir ce qui se passe dans l'œil ainsi recouvert.

---

(1) BULLERS. The Lancet, mai 1874.
(2) HOWE. The Buffalo med. and surg. J. février, 1880.

D'un emploi facile chez l'adulte, ces différents procédés sont malheureusement moins pratiques chez le nouveau-né. Toutes les proportions sont chez lui si réduites qu'un pansement occlusif, quel qu'il soit, est d'une application difficile, car pour être efficace, il faut que cette application soit parfaite et l'obturation complète. Il ne peut en tous cas être bien solide et les mouvements inconscients que fait l'enfant dans son berceau doivent bien aisément le défaire.

Un moyen plus pratique et plus sûr est celui des instillations préventives de nitrate d'argent à 1/2 ou 1 pour 100, et qui, répétées matin et soir après lavage antiseptique minutieux, arrêtent la prolifération des germes susceptibles à chaque instant de passer de l'œil malade dans l'œil sain. Nous avons rapporté précédemment l'histoire de ce nouveau-né dont l'œil droit fut perforé par l'ophthalmie malgré les badigeonnages au crayon. Des instillations ainsi pratiquées pendant quatre ou cinq jours empêchèrent l'autre œil d'être envahi; mais à ce moment, ces instillations ayant été supprimées par la mère, l'œil encore sain fut atteint à son tour et sinon perdu, du moins gravement compromis.

Le nouveau-né atteint d'ophthalmie est aussi un péril pour ceux qui l'entourent. Quelle va être la conduite du médecin pour empêcher cette affection si éminemment contagieuse de devenir épidémique ?

Dans une crèche, ou un asile, la chose est facile ; il suffit de refuser l'entrée à tout enfant atteint d'inflammation oculaire aiguë. Mais dans une Maternité, on ne peut pas ainsi renvoyer un nouveau-né atteint d'ophthalmie ; il est solidaire de sa mère. Dans ces conditions, si le service comprend des salles d'isolement, il ne faut pas hésiter à y transporter la mère et l'enfant, comme on y placerait une femme atteinte d'accidents puerpéraux. Préserver les mères d'accidents septiques n'est pas plus important que protéger de nombreux enfants contre une affection susceptible de les rendre aveugles.

Mais il est une précaution qu'il faut se garder de négliger. Tous les objets en effet qui ont servi à ce malade, qui l'ont

entouré ou approché peuvent être imprégnés de gonococcus. Il faudrait donc avoir soin de détruire tous les objets de peu de valeur, linges, éponges, compte-gouttes, etc. et de changer entièrement la literie. Mais que de choses peuvent aussi échapper à l'observation même la plus minutieuse et l'on sait que la moindre imprudence suffit pour amener la contagion. Or, dans ces salles d'isolement on placera par la suite des enfants sains qui y viendront avec leur mère atteinte d'accidents puerpéraux par exemple et qui ne tarderont pas à contracter l'ophthalmie.

Dans le service auquel nous avons l'honneur d'appartenir, on a coutume depuis deux ans, chaque fois qu'une femme a été isolée, de désinfecter après son départ à l'aide du souffre (1) la chambre occupée par elle. Or n'est-il pas rationnel de prendre les mêmes précautions à l'égard de l'ophthalmie purulente et de prescrire contre elle cette désinfection sulfureuse qui donne des résultats si concluants à l'égard des autres affections contagieuses.

Mais l'isolement n'est pas toujours possible. Quelles mesures prendre alors?

D'abord rendre le terrain de culture aussi réfractaire que possible, c'est-à-dire empêcher les causes prédisposantes dont nous avons étudié l'influence d'entrer en jeu.

Il en est de faciles à éviter. Il sera bon, par exemple, de chauffer la chambre d'accouchement, de lotionner le nouveau-né à l'eau chaude, de le bien couvrir pour traverser les couloirs qui en général conduisent aux salles des accouchées; de chauffer le berceau et d'y tenir constamment une bouillotte, surtout dans la saison froide. Si l'enfant est né avant terme, on devra, pendant les premiers jours, l'installer dans une couveuse. Il faudra encore veiller avec le plus grand soin à l'hygiène des salles, aérer, ventiler, sans établir de courants d'air trop vifs, éviter l'encombrement, exiger partout la plus grande propreté, enfin, placer le ou les enfants

(1) RIVIÈRE. Revue sanitaire de Bordeaux et du Sud-Ouest 25 février 1885.

atteints dans les derniers lits de la salle pour qu'ils ne soient vus et touchés qu'après les autres.

2. *Il faut apporter aux pansements la plus grande sollicitude :* ne panser les nouveau-nés malades qu'après les bien portants, faire en sorte que tous les objets de pansement soient personnels au petit malade et les réunir tous à portée de l'élève qui ne devra, sous quelque prétexte que ce soit, toucher de ses doigts souillés de pus, les objets mis en réserve pour les autres enfants. Chaque malade aura en propre son linge, son éponge, son bassin. Nous repoussons même l'usage de l'éponge pour y substituer des tampons d'ouate salicylée ou mieux l'un des laveurs déjà décrits.

Après le pansement, l'élève qui en est chargée aura soin de se désinfecter les doigts à l'aide de lavages savonneux à la brosse avec solution de sublimé à 1 ou 2 pour 1000, désinfectant absolument nécessaire pour éviter qu'elle ne contamine les enfants sains ou qu'elle ne se contamine elle-même.

3. Enfin nous considérons comme indispensable, pour peu que l'affection semble prendre un caractère épidémique, *une instillation argentique chaque matin* dans les yeux de tous les nouveau-nés du service. En octobre 1885, ces instillations contribuèrent, croyons-nous, pour une bonne part, à enrayer une épidémie qui menaçait d'être meurtrière.

4. On ne devra pas non plus omettre, après la guérison et le départ des petits malades de *désinfecter tout ce qui leur aura servi* et n'aura pu être détruit. La désinfection de la salle n'étant pas possible, le berceau sera placé dans une chambre où il puisse subir l'action du souffre ; à défaut, on fera lessiver les rideaux et les toiles des paillasses et coussins, laver les fers du berceau avec une solution forte de sublimé.

Dans la pratique civile, ces précautions minutieuses ne seront certes pas déplacées. Les chances de contamination, pour y être moins grandes, n'en existent pas moins. Le médecin devra donc, avec insistance, éclairer la famille sur les dangers de contamination, éloigner surtout les autres enfants et instruire les personnes chargées des soins à donner au

malade, des précautions à prendre pour rendre tout contact inoffensif.

II. — *Traitement préventif proprement dit.* — La réalisation de ce problème, empêcher l'ophthalmie de naître, depuis longtemps a préoccupé les accoucheurs, et du jour où fut signalée la coïncidence de l'ophthalmie avec la blennorrhagie et la leucorrhée, on s'efforça, par des lavages minutieux des organes génitaux, et même des yeux des nouveau-nés, d'arriver à cette solution. Mais le véritable traitement préventif ne date que de la découverte du gonococcus, car lorsqu'il fut bien démontré que l'ophthalmie était due à la présence dans les yeux de l'enfant d'un germe puisé par lui, directement ou indirectement dans le vagin maternel, on fut tout naturellement porté à employer contre ce germe ces mêmes méthodes antiseptiques qui déjà donnaient en chirurgie des résultats si remarquables.

Persuadé que c'est surtout au passage que le nouveau-né contracte l'ophthalmie, Crédé eut d'abord l'idée de désinfecter avec soin le vagin avant et pendant l'accouchement. Sous cette influence, le nombre des cas d'ophthalmie diminua, mais dans une proportion restreinte. De même, Bayer (1) de Stuttgard, vit la proportion tomber de 22,3 pour 100 à 14 et 12, mais sans jamais descendre plus bas.

Cette méthode des lavages vaginaux est cependant considérée comme suffisante par quelques auteurs. Ainsi M. Charpentier (2) se contente de faire prendre aux femmes de son service des injections bijournalières au sulfate de cuivre à 1 pour 100. M. Galezowski recommande simplement les injections et pulvérisations phéniquées des parties génitales pendant les derniers moments de l'accouchement. Au 59e congrès des médecins allemands (Berlin, septembre 1886) M. Cohn, après avoir comparé les résultats obtenus par les instillations préventives avec ceux que donne l'ob-

(1) BAYER. *Archiv. f. Gyn.* Band. XXIX, Heft. 11.

(2) *Gaz. des hôp.*, 29 avril 1882.

servation d'une antisepsie rigoureuse pendant l'accouchement et la propreté parfaite des pièces de pansement, conclut de ce parallèle qu'une prophylaxie obligatoire lui paraît superflue. Kaltenbach encore (congrès de Munich, 1886) prétend qu'il suffit de faire prendre à la femme des injections au sublimé pour éviter toute contamination. Mais dans la discussion qui suivit sa communication, discussion à laquelle prirent part Zweifel, Olshausen, Winckel, Schatz, Leopold, Müller, Orokownitz, Hoffmeier, Bumm, Frieriech et Crédé, l'accord fut unanime pour reconnaître qu'employées seules, les injections vaginales sont incapables de préserver absolument une Maternité de l'ophthalmie purulente.

Il est du reste facile de s'en convaincre. Les femmes qui entrent dans un service plusieurs jours avant leur accouchement, peuvent bien être soumises à ces injections et c'est là certes une bonne mesure. Mais trop souvent elles considèrent ces soins de propreté comme une corvée à laquelle elles s'efforcent le plus possible d'échapper; malgré la surveillance, elles n'y réussissent que trop bien. D'autre part, ces injections, ainsi faites dans un vagin non déplissé ne peuvent entraîner au dehors tous les gonoccus réfugiés dans les nombreux replis de l'organe et le fœtus, au moment où il traverse en l'étalant le canal vaginal, trouve aisément moyen de recueillir au passage les germes que les injections n'ont pu tous détruire. Kroner (1) en effet, assure que, dans bien des cas, les gonococcus ont été retrouvés en grande abondance chez des sujets soumis depuis longtemps aux injections et nous avons vu Von Tischendorf ne pouvoir par les mêmes moyens les faire complètement disparaître. Schatz n'a pas été plus heureux.

Enfin et surtout, les femmes qui viennent accoucher dans une maternité n'y arrivent souvent qu'après le début du travail, quelquefois même la tête est presque à la vulve et les injections ne peuvent alors avoir qu'un effet incomplet.

---

(1) KRONER. *Arch. Gynæk.* Bd. XXV, Heft I.

Il nous paraît donc logique de conclure, comme Crédé, à l'utilité des injections vaginales antiseptiques, pendant la grossesse et le travail, mais aussi à leur insuffisance.

C'est alors que Crédé eut la pensée de poursuivre le germe jusque dans l'œil du nouveau-né et de l'y détruire rapidement, et avant qu'il ait produit aucun phénomène réactionnel. D'après Horner (1) cependant, ce serait au professeur Bischoff que reviendrait l'honneur d'avoir le premier employé dans son service de Bâle les injections vaginales et les lavages des yeux des nouveau-né avec un antiseptique, l'acide salicylique et d'avoir ainsi porté de 5,6 à 2,6, la proportion des cas d'ophthalmie. En 1876 aussi, M. Schiess (2) avait préconisé des instillations phéniquées à 1/2 pour 100 ou de thymol à 1/10 pour 100. Mais s'il est vrai que ces moyens prophylactiques aient été préconisés avant Crédé, à ce dernier appartient incontestablement le mérite d'avoir érigé en méthode rationnelle le traitement préventif qu'il nous reste à étudier.

Crédé n'appliqua d'abord les instillations qu'aux enfants de mères atteintes ou soupçonnées de blennorrhagie. Mais en présence des difficultés de ce diagnostic, il en arrive bientôt à les faire subir à tous les nouveau-nés. Le borax, d'abord employé n'amena aucun résultat appréciable, mais le nitrate d'argent qu'il lui substitua bientôt eut pour résultat immédiat de faire baisser la proportion qui oscillait de 13,6 à 7,6 pour 100 à 2 pour 1000.

Le procédé de Crédé consiste, au sortir du premier bain, à laisser tomber sur la cornée de chaque œil une goutte de solution au nitrate d'argent à 2 pour 100, à l'aide d'une baguette de verre à bout bien arrondi. Répéter l'instillation est inutile et la réaction légère qui se produit quelquefois, surtout chez les enfants avant terme, ne doit nullement inquiéter. Le procédé, extrêmement simple, peut être, d'après l'auteur, facilement appliqué par une sage-femme.

---

(1) HORNER. *Krank. des Auges in Kindesalter*, V. 2, p. 263.
(2) SCHIESS. *Corresp. Blatt f. Schwrecht Aertze*, 1876, p. 613.

Cette méthode rapidement connue en Allemagne, fut aussitôt mise en pratique dans la plupart des grandes Maternités et donna partout des résultats merveilleux et tellement concordants qu'il fut impossible de ne pas établir un lien étroit de cause à effet entre l'instillation préventive et la disparition de l'ophthalmie purulente.

Pour éviter la monotonie d'une longue énumération, nous avons réuni dans le tableau ci-dessous les statistiques avant et après l'introduction de la méthode dans divers services.

NOM D'AUTEUR	MATERNITÉ	AVANT LA MÉTHODE			DEPUIS LA MÉTHODE		
		NOMBRE de naissances	NOMBRE d'ophthalmies	P. 0/0	NOMBRE de naissances	NOMBRE d'ophthalmies	P. 0/0
Crédé	Leipzig	2266	226	10.07	1160	?	0.1 à 0.2
Bayer (1)	Stuttgard	?	?	22.33	361	0	0
Kœnigstein (2)	Vienne	1092	54	4.76	1300	?	1
Braun (3)	Vienne	?	?	4.34	500	2	0.40
					3000	58	1.93
Krukenberg (4)	Bonn	1266	?	7.3	703		0.56
Taufer (5)	Pesth	?	?	?	130	1	0.76
Schatz (6)	Rostock	?	?	12.05	?	?	4
Schatz	»	»	?	»	de 1882 à 1883	Presque	0
Bröse (7)	Berlin	?	?	?	460	7	1.5
Leopold (8)	Dresde	?	?	?	1062	7	0.69
Leopold	»	»	?	»	les 522 derniers	0	0
Beumer et Peiper (9)	Greifswald	?	?	1.7 à 30.8		à peine quelq. cas	
Albeg	Dantzig	?	?	?	»	»	3
Felsenreich	?	1887	?	4.6	51.00		1.5
Garrigues	New-York	?	?	»	351	0	0

(1) BAYER. *Arch. f. Gyn.* Band XXIX, Heft II.
(2) KŒNIGSTEIN. *Allgem. Wiener med. zeitung*, 1882, 23.
(3) BRAUN. *Eodem loco.*
(4) KRUKENBERG. *Arch. f. Gyn. Band.* XXVI, Heft II.
(5) TAUFER. *Centralb. f. Gyn.*, 1884.
(6) SCHATZ, *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1884.
(7) BRÖSE. Zeitschrift f. Geburtsche und Gynæk. Band 10, Heft I.
(8) LEOPOLD et WESSEL. Arch. f. Gynæk. Band XXIV, Heft I, 1884.
(9) BEUMER et PEIPER. Arch. Gynæk. Band. XXIII, 1884.

A la Clinique de Bordeaux, la méthode de Crédé a été appliquée à dater du 5 mars 1885. Or, la moyenne des cas d'ophthalmie dans le service était de 10 à 15 pour 100 et, du 1er novembre 1884 au 5 mars 1885, il avait été fait 109 accouchements avec 12 cas d'ophthalmie, soit 11 pour 100. Du 5 mars au 17 octobre 1885, 189 accouchements ont lieu sans un seul cas d'ophthalmie.

Mais le 17 octobre, naît un enfant auquel on omet de faire l'instillation, et qui, atteint d'ophthalmie transmet l'affection à trois autres nouveau-nés.

Du 1er novembre au 1er août 1886, 290 accouchements dans lesquels la méthode est rigoureusement appliquée ne s'accompagnent d'aucun cas d'ophthalmie.

Pendant le moins d'août, frappé des résultats obtenus par Kaltenbach avec de simples lavages d'eau distillée, nous abandonnons la méthode de Crédé pour suivre celle de Kaltenbach. Sur 35 accouchements, 6 cas d'ophthalmie se déclarent et nous obligent à revenir au nitrate d'argent.

Enfin depuis le 5 septembre jusqu'au 1er novembre 1886, 91 accouchements sans un seul cas d'ophthalmie viennent confirmer les résultats obtenus par Crédé.

En somme, sur 570 enfants nés à terme à la Clinique, du 5 mars 1885 au 1er novembre 1886, et ayant subi des instillations minutieuses au nitrate d'argent, nous n'avons pas eu à déplorer un seul cas d'ophthalmie purulente.

Il n'est pas, croyons-nous, de méthode susceptible de donner de meilleurs résultats. Si nous mettons en effet de côté la première statistique de Schatz (4 0/0) et celle d'Abbeg (3 0/0) nous constatons que nulle part, la proportion n'atteint 2 pour 100. Déjà, dans un grand nombre de Maternités, l'ophthalmie a complètement disparu, et nous sommes heureux de voir qu'il en est ainsi à la Clinique de Bordeaux. Des résultats aussi concluants seront certainement atteints, lorsque le personnel hospitalier, ainsi que M. Bröse l'a fait remarquer, aura acquis une plus grande expérience de la méthode. Les statistiques de plus en plus heureuses fournies par

les Maternités de Berlin et de Dresde en sont la preuve.

Mais déjà, en 1881, Olshausen avait cru devoir modifier le traitement. Au lieu de nitrate d'argent, il se servit d'eau d'abord, puis d'une solution phéniquée à 1 0/0. Il vit ainsi dans son service les cas devenir plus rares et la proportion tomber de 12,5 à 3,6 pour 100.

L'acide phénique est insuffisant et son emploi doit être rejeté, la statistique d'Olshausen le prouve, puisqu'il n'a pu faire disparaître complètement l'affection. Et peut-il en être autrement? On sait en effet, depuis les recherches si concluantes de Kreiss, que l'acide phénique, même à 5 pour 100, enraye mais n'arrête pas la végétation des gonococcus. A plus forte raison à 2 0/0, et les résultats satisfaisants obtenus par Olshausen, sont simplement dus à l'action mécanique du lavage.

Du reste, la méthode d'Olshausen, essayée comparativement avec celle de Crédé par Kœnigstein de Vienne (1) a fait tomber la proportion de 4,16 à 2 pour 100, tandis que celle de Crédé la ramenait à 1 seulement. Dans le service de Krukenberg à Bonn (2), la méthode d'Olshausen, au lieu de rendre plus rares les cas d'ophthalmie, en a élevé le nombre. La moyenne, qui était, avant tout traitement, de 5,8 à 8,8 monta à 13,4; le traitement de Crédé la ramena à 0,56.

Au congrès des médecins allemands tenu à Munich en 1886, M. Kaltenbach, tout en recommandant instamment les injections vaginales au sublimé, prétendit que les simples lavages des yeux avec de l'eau distillée, lui avaient permis de faire 200 accouchements sans un seul cas d'ophthalmie.

Nous avons voulu, pour nous convaincre de sa valeur, mettre en pratique cette méthode séduisante. Du 1er au 31 août 1886, il fut fait dans ces conditions 35 accouchements et l'ophthalmie qui, depuis plus d'un an, avait disparu du service, y fit en moins d'un mois six victimes, résultat qui

(1) Kœnigstein. Allgemein Wiener Med. Zeitung, 1882.

(2) Krukenberg. Arch. f. Gyn. Band XXVI, Heft II.

nous fit revenir aussitôt au traitement classique de Crédé.

Dans une thèse de Paris (1884) M. Connen a vivement préconisé la substitution au nitrate d'argent d'une solution d'acide borique à 3 pour 100 en lotions faites deux fois par jour. Cette méthode, appliquée pendant six mois à la Clinique de Paris, lui a permis d'abaisser la proportion de 12,6 à 4,76. L'auteur croit même qu'on pourrait arriver avec ce moyen à la disparition complète, opinion que nous ne pouvons partager. L'acide borique en effet a une action antiseptique plus faible encore que l'acide phénique et n'a pu, là encore, agir que mécaniquement, et ce qui tend à le prouver, c'est que si avec l'acide phénique la proportion d'Olshausen descend à 3,6, avec l'acide borique antiseptique moins puissant elle reste encore à 4,76.

Ces formes du traitement préventif sont cependant encore défendues par M. de Wecker (1), qui recommande de procéder, avant ou après le bain, au lavage des yeux du nouveau-né avec une solution d'acide borique à 4 pour 100 ou d'acide phénique à 2 pour 100. M. Galezowski (2) n'accepte pas qu'on soumette les yeux du nouveau-né aux irrigations ou pulvérisations phéniquées, par crainte de bronchites ou de coryzas ; il s'oppose même formellement aux instillations de nitrate d'argent, car ce serait s'exposer, dit-il, à provoquer inutilement des irritations artificielles sans avoir la certitude d'empêcher l'ophthalmie de se produire. Enfin, M. Fieuzal (3) puis M. Javal, proposent des lavages fréquents répétés au moins dix fois par jour, avec une eau rendue antiseptique par l'acide phénique, l'acide borique, le thymol, le benzoate de soude ou autres agents.

Ces méthodes, nous le reconnaissons aujourd'hui, sont insuffisantes, car si l'on veut empêcher l'ophthalmie de naître, il faut détruire le gonococcus avant qu'il ait com-

(1) DE WECKER. *Gaz. des Hôpit*, 15 avril 1882.

(2) GALEZOWSKI. *Gaz. des Hôpit.*, 29 avril 1882.

(3) FIEUZAL. *Gaz. des Hôpit.*, 8 avril 1882.

mencé ses ravages. Or, nous savons que seuls de tous les antiseptiques actuellement en usage, le nitrate d'argent et le sublimé sont capables de produire pareil résultat. C'est donc à l'un d'eux qu'il est permis de demander une méthode préventive. Le nitrate d'argent a déjà fait ses preuves, nous l'avons vu et les statistiques à son égard sont concluantes. Le sublimé n'a pour lui qu'une expérience restreinte ; les résultats qu'il a donnés sont cependant encourageants.

A la clinique obstétricale de Berlin (1), en effet, on a, depuis le mois d'octobre 1883, substitué le sublimé au nitrate d'argent. Du 1er octobre 1883 au 1er octobre 1884, 956 nouveau-nés traités par le sublimé à la dose de 1/10 pour 100, ont fourni 6 cas seulement d'ophthalmie. Chez 50 enfants soumis aux mêmes instillations du 1er au 15 octobre 1884, il s'est produit un seul cas d'ophthalmie avec gonococcus. Enfin du 15 octobre 1884 au 1er avril 1885, les instillations au sublimé ont été pratiquées chez 460 nouveau-nés, mais en portant la dose du sublimé à deux dixièmes pour 100. Deux cas d'ophthalmie ont apparu au cinquième jour.

A la Clinique de Breslau, le même traitement appliqué à 456 enfants donna comme résultat deux cas d'ophthalmie.

Depuis le 1er novembre 1886, M. le prof. Moussous a bien voulu consentir à ce que la solution de sublimé fût introduite dans le service aux lieu et place du nitrate d'argent. Or jusqu'au 1er mai 1887, sur 170 enfants vivants nés à la Clinique et soumis aux instillations de sublimé (solution non alcoolique de sublimé à 1 pour 1000), 3 seulement ont été atteints d'ophthalmie, l'un en janvier, les deux derniers en mars et avril.

---

(1) STRATZ. *Centralb. f. Gynæk.*, 1885.

CLINIQUES	DATES	DOSE	NOMBRE de naissances	NOMBRE d'ophthalmies	P. 0/0
Berlin	Du 1er oct. 1883 au 1er oct. 1884	0.10	956	6	0.627
»	Du 1er oct. 1884 au 15 oct. 1884	0.10	50	1	2.
»	Du 15 oct. 1884 au 1er avril 1885	0.20	460	2	0.436
Breslau.........	» »	?	486	2	0.411
Bordeaux........	Du 1er nov. 1886 au 1er mai 1887	0.10	170	3	1.764

Ce tableau témoigne des excellents résultats obtenus par l'emploi du sublimé. Aussi est-il permis d'hésiter dans le choix entre ces deux agents et nous paraît-il nécessaire d'examiner comparativement les avantages et les inconvénients de chacun d'eux.

Nous n'avons pas à revenir ici sur les inconvénients reprochés *au nitrate d'argent, son action nocive sur la cornée,* surtout lorsque celle-ci est saine. Pour notre part, sur 564 enfants soumis à ce traitement préventif, nous n'avons dans aucun cas constaté à la sortie le moindre dépoli de la cornée. *On a invoqué la douleur.* Or, si l'enfant surpris pousse parfois quelques cris, nous ne l'avons jamais vu crier et pleurer pendant une demi-heure (Bailly). Le plus souvent, il ne paraissait même pas s'apercevoir de l'opération qu'il subissait. Du reste l'œil du nouveau-né est peu sensible et Chassaignac avait remarqué combien il est fréquent de voir des nouveau-nés soumis à l'action de la douche, ouvrir spontanément les paupières et recevoir le jet du liquide directement sur la cornée et les conjonctives sans manifester ni agitation, ni douleur. On a enfin prétendu que *le nitrate d'argent déterminait une réaction inflammatoire* parfois assez vive pour amener une légère sécrétion séro-purulente. Nous avons observé quelquefois, il est vrai, ce petit incident, mais nous avons cru remarquer qu'il coïncidait toujours avec un traitement préventif inutilement exagéré. A la Clinique, par exemple, ce sont les élèves sages-femmes qui après avoir fait la toilette de l'enfant, procèdent à l'instillation à l'aide d'un compte-gouttes.

Sans beaucoup de précautions, elles mettent dans l'œil 5, 6 ou 8 gouttes de solution argentique au point qu'on retrouve souvent dans le pli naso-jugal comme un sillon noirâtre produit par la cautérisation des tissus cutanés. C'est dans ces conditions que l'instillation est suivie de phénomènes réactionnels qui du reste disparaissent rapidement sans laisser aucune trace.

Le *sublimé,* nous l'avons vu, a une action germicide très puissante. Est-il passible des mêmes reproches que le nitrate d'argent? Peut-il *provoquer des lésions de la cornée?* Employé chez plus de 2,000 nouveau-nés, il n'a jamais amené aucun accident. Les premiers des 170 enfants soumis par nous à ces instillations ont été minutieusement examinés, matin et soir, à la lumière oblique; l'examen a toujours été négatif; la cornée avait conservé tout son poli. L'instillation *est-elle douloureuse?* Les auteurs cités n'en font pas mention. Quant à nous, nous avons constaté, comme pour le nitrate d'argent, que l'enfant surpris par l'écartement brusque des paupières, pousse parfois quelques cris qui se calment en moins de cinq minutes et ne paraissent nullement impliquer de la douleur. Enfin est-il susceptible *d'éveiller quelque réaction oculaire ou palpébrale?* Stratz, sur 50 cas, a vu survenir dans 5 cas de l'irritation des yeux, de l'œdème des paupières et un peu de sécrétion fluide, plus trois cas d'ophthalmie légère sans coccus. Dans une autre série de 460 cas, l'auteur a observé une irritation plus ou moins marquée dans 33 cas, soit 7,17 0/0. Cette irritation, ajoute-t-il, provenait sans doute de l'effet du désinfectant et disparut d'elle-même sans traitement. Dans nos 170 cas, 17 fois des effets analogues et sans plus de gravité se sont produits et ont cédé spontanément.

En résumé, le nitrate d'argent et le sublimé ne présentent ni l'un ni l'autre, dans leur emploi, d'inconvénients sérieux. De ces deux agents, il nous paraît pour l'heure prématuré de donner la préférence au sublimé. Le nitrate d'argent en effet a déjà fait ses preuves complètes. Grâce à son emploi,

la moyenne des ophthalmies purulentes est tombée de 12 et 15 à 1 pour 100 et même au-dessous. Dans quelques Maternités, celles de Bayer, Léopold, Schatz, Garrigue, Moussous, l'ophthalmie a complètement disparu.

Il est d'autre part incontestable que son usage ne présente aucun inconvénient. Il n'altère nullement la cornée, ne cause pas de douleur ou très peu, et la réaction qui l'accompagne quelquefois est sans danger et disparaît spontanément. Il offre enfin peut-être sur le sublimé, l'avantage d'être caustique en même temps que germicide : il cautérise donc la muqueuse oculaire et cette propriété lui permet d'aller détruire le gonococcus jusque dans les cellules où il s'est réfugié. Il est vrai que cette action caustique est bien moins nécessaire ici que dans le traitement curatif.

Le sublimé n'a au contraire qu'une expérience restreinte. Il a évidemment donné d'excellents résultats, puisqu'il a abaissé la moyenne à 0,627 ; 0,436 ; 0,411 ; cependant dans aucune de ces cliniques; il n'a fait disparaître complètement l'ophthalmie. Il offre du reste les mêmes avantages que le nitrate d'argent, n'altère pas la cornée, ne cause pas de douleur mais produit autant de réaction. Il présente enfin l'inconvénient de n'être pas caustique et d'être d'un maniement dangereux.

De nouvelles épreuves lui sont donc nécessaires et pour l'instant, il nous paraît sage, dans la pratique courante du moins, de s'en tenir au nitrate d'argent qui a déjà rendu d'éminents services.

Mode d'emploi.. — Il faut d'abord déterminer le moment d'intervenir.

Olshausen voudrait qu'on procédât à la désinfection des yeux dès que la tête apparaît à la vulve, avant la sortie du tronc. Fürst (1) conseille d'agir immédiatement après la sortie de l'enfant, avant le bain, avant même la ligature du cordon ;

(1) Furst. *Centralbl. f. Gynæk.*, 1883, n° 34.

les résultats seraient, d'après lui, deux fois meilleurs. Crédé enfin déclare qu'il lui importe peu que l'instillation soit faite à tel ou tel moment. Nous ne partageons pas cette indifférence et croyons préférable d'y procéder seulement après le bain.

Il nous paraît en effet prématuré et imprudent d'agir plus tôt. Et d'abord cette opération, ainsi faite sur le lit de souffrance, alors que la délivrance n'est pas achevée et entre les jambes de la mère doit présenter d'assez grandes difficultés, être par suite incomplète et permettre à quelques germes d'échapper à l'action du nitrate d'argent. D'autre part, après l'expulsion complète et jusqu'au moment où, maillotté, il va être porté dans son berceau, l'enfant n'a-t-il pas encore bien des chances d'être contaminé, soit par les doigts de l'accoucheur, soit par ceux de l'entourage. Le pansement du cordon, le bain surtout ne lui fourniront que trop d'occasions favorables. Du reste, est ce trop tard d'attendre après le bain ? Dans les cinq ou six minutes réclamées par ces soins de toilette, les germes peuvent ils pénétrer si loin que l'instillation ne puisse les atteindre ? Nous ne le pensons pas et il nous paraît par suite préférable de ne faire l'instillation qu'après le bain.

Sous quelle forme fera-t-on usage du nitrate d'argent? — L'emploi du crayon, même mitigé, n'est évidemment pas acceptable. Crédé se sert d'un collyre dont on instille une goutte dans chaque œil. Cette méthode est le plus généralement suivie et nous paraît préférable à toute autre. Si en effet, à propos du traitement curatif, nous avons énergiquement conseillé l'emploi des badigeonnages, comme plus actifs et plus efficaces, dans le traitement préventif au contraire, nous les regardons comme compliquant inutilement les soins à donner aux nouveau-nés. L'instillation constitue une méthode très simple qui a, moins que les badigeonnages, les dehors d'une intervention opératoire. Or, ce qu'il faut, c'est une méthode qui puisse être mise pour ainsi dire entre les mains de tous et surtout des sages-femmes. Plus d'une qui

répugnerait à faire un badigeonnage n'hésitera pas à laisser tomber dans les yeux une ou deux gouttes du collyre préventif.

Nous ne parlerons que pour mémoire du procédé mis en usage à Bonn par Krukenberg et qui consiste à employer la vaseline comme véhicule ; nous n'y voyons aucun avantage, La solution dans l'eau distillée doit être préférée.

A quelle dose porter le nitrate d'argent ? — Tout le monde est d'accord avec Crédé pour accepter la dose de 2 pour 100. Hecker de Munich n'obtint aucun résultat favorable par l'emploi d'une solution à 1 pour 100. Nous savons cependant par les recherches de Kreiss qu'une solution à 1 pour 100 ou même 1/2 pour 100 suffit à arrêter la végétation du gonococcus. Mais il ne faut pas perdre de vue que la solution introduite sous les paupières se mêle aussitôt au liquide lacrymal, est ainsi diluée et son sel en partie précipité par le chlorure de sodium des larmes, sous forme de chlorure d'argent. Il faut donc, dans le titrage du collyre, tenir compte de ce fait qui explique l'insuccès de Hecker avec le titrage à 1 pour 100 et légitime le choix de la solution à 2 pour 100.

Quel procédé employer ? — Pour faire tomber le collyre dans l'œil du nouveau-né, M. Crédé se sert d'une simple baguette en verre, de 4 à 5 millim. de diamètre. M. Schatz a montré qu'en se servant d'un compte-gouttes, les instillations sont suivies d'une réaction inflammatoire assez vive, dont la cause paraît être tout simplement l'introduction dans l'œil d'une trop grande quantité du liquide caustique. Il ne faut en effet que 20 à 25 gouttes d'un compte-gouttes ordinaire pour remplir un centimètre cube, il en faut 40 à 50 de celles que laisse tomber une baguette de verre de 4 millimètres. On pourrait, il est vrai, se servir d'un compte-gouttes à pointe plus effilée, mais cette extrémité devenant alors très fragile, pourrait au moindre choc se briser dans l'œil. Nous ajouterons qu'à moins de soins excessifs, il est presque impossible

de limiter la pression exercée par le doigt sur le tube de caoutchouc du compte-gouttes et facile par suite de projeter dans l'œil une trop grande quantité du collyre.

M. Ahlfeld (1), de Marbourg, a proposé un flacon muni d'un bouchon compte-gouttes qui lui paraît présenter tous les avantages de cet instrument sans en avoir les inconvénients ; mais son prix élevé, sa structure délicate, le rendent peu pratique. La baguette de Crédé s'impose donc de préférence à tout autre intermédiaire. Pour en rendre l'usage pratique. nous proposerions le modèle suivant : un flacon en verre bleu, d'une contenance de 10 à 15 grammes, servant de réservoir à la solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 est muni d'un bouchon en caoutchouc ; la baguette de verre, enchâssée dans la partie inférieure du bouchon, plonge constamment dans la solution et ne court aucun risque d'être brisée. Pour faire l'instillation, il suffit de déboucher le flacon et la baguette, solidaire du bouchon, se trouve naturellement chargée. Cet appareil d'un prix minime, peut sans inconvénient être mis aux mains des sage-femmes.

Manuel opératoire. — Il est des plus simples. Après avoir débarrassé l'œil des mucosités qui le souillent à l'aide de lotions antiseptiques (sublimé à 1/10000 par exemple), on immobilise l'enfant sur le dos ; puis, le flacon débouché, la baguette chargée de nitrate est maintenue élevée à un ou deux centimètres au-dessus des paupières entr'ouvertes jusqu'à ce que le collyre soit tombé dans l'œil ; de douces pressions obligent la solution à baigner toute la surface conjonctivale.

Après l'instillation, Crédé recommande encore quelques lavages avec de l'eau légèrement phéniquée et fait placer sur les yeux une compresse d'eau salicylée. Cette méthode nous paraît inutile et capable de compliquer un manuel opératoire qui, pour être exécuté, réclame une condition essentielle, la simplicité.

(1) AHLFELD. *Deutsch med. Wochenschrift*, 1884.

Certains croient nécessaire de répéter pendant deux ou trois jours l'instillation, dans la crainte que l'enfant ne recueille encore de nouveaux germes. Mais c'est là crainte chimérique, s'il n'y a pas d'ophthalmiques dans le service.

Telle est la conduite à tenir dans un service hospitalier à l'égard du traitement préventif de l'ophthalmie purulente. Dans la pratique civile, ces principes seront-ils les mêmes?

Certes, dans la classe aisée, où les femmes prennent pendant leur grossesse des soins minutieux de propreté, les chances de contamination sont rares; elles existent cependant et nous en avons cité des exemples très nets. Il ne faut pas oublier d'autre part que l'ophthalmie est beaucoup plus grave dans ces conditions qu'à l'hôpital. A la clinique nos 22 cas se sont tous terminés favorablement, sans lésion cornéenne. En ville, au contraire, l'enfant livré dès le début à un entourage plein de sots préjugés subit d'abord les médications les plus malfaisantes et n'est le plus souvent confié au médecin qu'au moment ou il n'y a plus rien à espérer.

Aussi croyons-nous prudent de faire subir à tous les nouveau-nés sans exception, le traitement préventif si heureusement inauguré par Crédé.

Mais pour que ce traitement soit appliqué, il faut le faire connaître; il faut que chacun sache bien les dangers de l'ophthalmie purulente et sache aussi combien il est facile d'en préserver sûrement tout enfant qui vient au monde.

Ce but est aisé à atteindre dans les milieux hospitaliers où les médecins sont tenus rapidement au courant des progrès thérapeutiques réalisés. En Allemagne, la méthode a été introduite dans presque toutes les Maternités. A Vienne et dans la Basse-Autriche (1) elle est même rendue obligatoire par rescrit imperial. Il n'est pas douteux que d'ici peu d'années, toutes les Maternités françaises se soient fait une loi de préceptes si sages.

Mais la chose est moins facile quand il s'agit de faire

(1) HOFMEIER. In *Ann. de Gynæk.*, mars 1884.

pénétrer dans les masses les mesures d'hygiène les plus simples. Divers moyens ont été proposés, document à remettre aux parents au moment de l'enregistrement à l'état civil, instillation obligatoire, surveillance par les médecins de l'état civil, etc... Ces moyens sont excellents mais insuffisants. C'est surtout aux sages-femmes qu'il faut s'adresser, puisqu'elles sont l'intermédiaire obligé entre les médecins et les familles. Pour celles qui sont en cours d'étude, la chose ne présente aucune difficulté. Il serait bon d'autre part, d'envoyer à toutes les sages-femmes qui exercent déjà une sorte de vade mecum, résumé succinct et très clair de la question, qui leur permettrait d'être armées victorieusement contre l'un des accidents les plus redoutables qu'elles aient à combattre.

CONCLUSIONS

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une affection de la plus haute gravité ; près du tiers des aveugles doivent leur infirmité à cette cause ; encore faudrait-il tenir compte de ceux qui, sans perdre complètement la vue, n'en conservent pas moins des lésions plus ou moins graves de la cornée.

Cette affection sévit surtout dans les Maternités mais elle est transmissible du nouveau-né aux enfants plus âgés ou adultes.

La cause réelle de l'ophthalmie purulente est un germe spécifique qui, introduit dans l'œil du nouveau-né ou de l'adulte, amène rapidement de graves désordres.

Quelques causes, tenant surtout à l'hygiène, prédisposent à l'affection en préparant un bon terrain de culture, les unes inévitables (éclat de la lumière, différence de température entre la cavité utérine et l'air ambiant, faiblesse congénitale, climats et saisons froides), les autres susceptibles d'être combattues (insalubrité du milieu, courants d'air, sorties prématurées).

La contamination est due à la présence d'un germe spéci-

fique dans les voies génitales de certaines femmes enceintes atteintes d'écoulement vaginal, blennorrhagique ou leucorrhéique. Ce germe est le gonococcus de Neisser qu'on retrouve à la fois dans le vagin et dans l'œil du nouveau-né atteint d'ophthalmie.

Le gonococcus, introduit dans l'œil, y détermine toujours l'ophthalmie purulente ; d'autre part, son absence d'une sécrétion vaginale quelconque rend celle-ci incapable de reproduire l'affection. La présence du gonococcus dans le vagin de toute femme dont l'enfant est atteint d'ophthalmie n'est pas nécessaire. Il suffit, dans une Maternité, qu'une femme contamine son enfant pour que celui-ci constitue aussitôt un foyer d'épidémie plus ou moins meurtrière.

Les modes de contamination sont en effet nombreux. La contagion est immédiate ou médiate : immédiate, contagion au passage à travers le vagin, la plus importante, mais aussi contagion pendant les soins de toilette et surtout dans le bain, par les objets de toilette et de literie, par l'intermédiaire des enfants déjà atteints ; médiate peut-être, par l'air ambiant, mode difficile à démontrer et en tous cas de moindre valeur que les précédents.

C'est ordinairement du 3e au 4e jour de la naissance que débute l'ophthalmie purulente donnée par la mère à son enfant. Quand les premiers accidents sont plus tardifs, on peut presque affirmer que la contamination n'a eu lieu qu'après la naissance.

Le *symptôme caractéristique* est le gonflement rapide, énorme des paupières, gonflement s'accompagnant d'un écoulement purulent, très épais, très abondant qui distend les paupières, comprime le globe oculaire et favorise l'envahissement de la cornée, qui, si elle ne se perfore pas, n'en reste pas moins profondément atteinte.

Le traitement est curatif ou préventif.

Le traitement curatif doit se proposer trois buts : 1° détruire le gonococcus ; 2° rendre le terrain de culture réfractaire ; 3° combattre les accidents inflammatoires.

Seuls, le nitrate d'argent et le sublimé ont sur le gonococcus une action septicide complète. Le nitrate d'argent doit cependant être préféré parce qu'il répond mieux aux deux premiers termes du problème, étant à la fois antiseptique et caustique.

Après lavage minutieux de l'œil atteint avec une solution légère de sublimé, on badigeonne la face interne des paupières avec un pinceau de blaireau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2,5 ou 3 pour 100, et on instille quelques gouttes d'un collyre argentique à 1 pour 100. L'excès de nitrate est neutralisé avec de l'eau salée. Répéter matin et soir.

L'emploi du crayon pur ou mitigé, l'usage exclusif du collyre doivent être rejetés comme dangereux et insuffisants.

Contre le gonflement excessif des paupières, l'eau très chaude a une action efficace, au besoin il ne faudrait pas hésiter à fendre la paupière, soit dans sa hauteur (Critchett), soit à la commissure. L'eau très chaude, encore mieux que l'eau froide ou glacée, répond au troisième terme du problème et combat très heureusement les accidents inflammatoires.

Le traitement chez l'adulte est identique mais doit être plus sévère encore, le pronostic étant plus grave que chez le nouveau-né.

Au point de vue thérapeutique, il est important de n'accepter qu'une forme d'ophthalmie purulente, toujours grave, quelle que soit au début l'intensité des accidents.

Le traitement préventif a pour but : 1° de s'opposer à la propagation de l'ophthalmie ; 2° de l'empêcher de naître.

1° *Si un seul œil est atteint il faut préserver l'autre* à l'aide de lavages antiseptiques et d'instillations répétées matin et soir avec une solution argentique à 1/2 ou 1 pour 100. Pour préserver les nouveau-nés ou les adultes qui entourent le malade, il est d'abord nécessaire de rendre le terrain de culture aussi réfractaire que possible en s'opposant à l'action des causes prédisposantes, il faut surtout apporter

aux pansements la plus grande sollicitude et supprimer toutes causes de contamination. Il est prudent d'autre part de faire chaque jour à tous les nouveau-nés une instillation préventive, et de désinfecter tout ce qui aura servi au petit malade.

2° *Empêcher l'ophthalmie de naître.* — La désinfection du vagin, tout en étant une excellente mesure, ne peut suffire.

Il faut atteindre le gonococcus dans l'œil avant qu'il ait amené quelque réaction. Seul le traitement de Crédé, qui consiste à instiller une goutte de solution argentique à 2 pour 100 dans les yeux de tous les nouveau-nés, est capable de produire ce résultat. Cette opération doit être faite après le bain, pendant la toilette de l'enfant. Une seule instillation suffit. L'emploi d'une grosse baguette de verre est préférable à celui d'un compte-gouttes. Le sublimé a donné aussi de bons résultats, mais l'expérience n'est pas encore suffisante. Ce traitement préventif n'offre aucun inconvénient.

Indispensable dans les Maternités, il ne peut qu'être utile dans la pratique civile et doit amener un jour ou l'autre la disparition de l'une des causes les plus importantes de la cécité.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juillet 1887.

TERRILLON. — On admet généralement que la région ovarienne est le siège de 2 variétés de tumeurs kystiques : a) *kystes ovariques*, qui sont multiloculaires; b) *kystes para-ovariques*, qui sont uniloculaires. On a cru à une époque avoir trouvé un caractère distinctif dans le fait de la présence ou de l'absence de la paralbumine dans le liquide kystique. Or il résulte de l'examen de quatre

observations personnelles que la circonstance est bien loin d'avoir cette importance diagnostique. Du reste, d'autres auteurs ont déjà publié des observations semblables (Nogarth, Pozzi, Castadena). D'autre part, on a attribué à ces tumeurs une origine absolument différente. Or, les caractères fournis par l'examen du liquide aussi bien que par celui des éléments constitutifs des deux variétés de tumeurs, plaident au contraire en faveur d'une origine commune, le *tissu ovarique*. Comme l'ont indiqué de Sinéty et Malassez, les kystes para-ovariques se développent aux dépens de petits ovaires surnuméraires. Dès lors, l'identité quant à la structure et à l'évolution clinique (récidive constante, dans le cas de kystes para-ovariques, si l'on n'a pas recours à l'extirpation radicale), trouve son explication naturelle dans l'identité d'origine.

Quenu. — Cette proposition de ramener toutes les tumeurs kystiques de la région ovarienne à l'unité, est inacceptable. La distinction s'impose cliniquement et histologiquement. Cliniquement, le kyste para-ovarique *uniloculaire* se différencie du kyste ovarique *multiloculaire*. Histologiquement, il n'y a pas de similitude à invoquer entre l'épithélium verruqueux des kystes para-ovariques signalé par M. Terrillon et les petits kystes supplémentaires des tumeurs ovariques. Le fait de la récidive des kystes para-ovariques non extirpés, suffit-il pour tâcher d'identifier ces kystes avec les autres? Mais, pour que la récidive ait lieu, il suffit d'une portion d'épithélium. Or, les kystes para-ovariques sont pourvus d'un épithélium. Pourquoi du reste nier qu'ils puissent se développer aux dépens de l'organe de Rosenmuller? Cet organe et l'ovaire ont en effet même origine, ils dérivent tous les deux de l'épithélium péritonéal. Il est donc tout au moins aussi rationnel d'admettre qu'ils peuvent donner lieu aux mêmes déviations pathologiques, que d'invoquer l'hypothèse d'ovaires surnuméraires. En ce qui concerne la paralbumine, on sait parfaitement aujourd'hui qu'elle n'a aucune valeur pathognomonique.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 1er juin 1887.

Ch. Cullingworth. — **Opération césarienne.** L'opération a été pratiquée, à terme, chez une naine, atteinte d'un bassin plat, géné-

ralement rétréci. Diamètre conjugué vrai, 56 millimètres. En outre la femme était albuminurique et présentait un œdème très accusé de la paroi abdominale, des lèvres et des membres inférieurs. On prit au cours de l'opération les précautions antiseptiques les plus minutieuses. On put extraire un enfant volumineux qui naquit en état de mort apparente mais qui fut bientôt ranimé. Le placenta et les membranes une fois enlevés, on entoura le segment inférieur d'un lien élastique. La perte de sang fut insignifiante. On sutura l'utérus au moyen de deux rangées de fils de soie, quatre points profonds, six superficiels. La femme vécut 29 heures après l'opération. La température resta au-dessous de 37° sauf deux heures avant la mort où elle atteignit 38°. L'examen nécroscopique, à l'exception d'une néphrite parenchymateuse, ne révéla aucune autre lésion capable d'avoir entraîné la mort.

CHAMPNEYS. — **Du décollement et de l'expulsion des membranes.** — Les théories émises sur ce point sont au nombre de quatre : 1) décollement des membranes sous l'influence de la traction exercée par le placenta à mesure qu'il descend dans la cavité utérine; 2) décollement produit par l'effusion du sang ; 3) froncement et décollement des membranes produits par la contraction et la rétraction de l'utérus ; 4) décollement du pôle inférieur de l'œuf fœtal consécutif à la rétraction du segment inférieur de la matrice.

Pour lui le processus s'accomplit de la manière suivante : 1) décollement du pôle inférieur de l'œuf parallèle à la rétraction du segment inférieur de l'utérus pendant le stade « prémonitoire » du travail, ce phénomène exige une poche des eaux intacte; 2) froncement et décollement partiel des membranes par suite de la contraction et de la rétraction de l'utérus, les eaux doivent être en partie écoulées ; 3) décollement des membranes obéissant à la traction exercée par le placenta descendant, l'utérus ne doit plus contenir que l'arrière-faix, placenta et membranes.

GRIFFITH. — **Kystes tubo-ovariques.** Règle générale, un kyste tubo-ovarique est primitivement un kyste ovarique, et, le plus souvent, uniloculaire. Il communique, par un orifice considérable, avec l'extrémité frangée de la trompe distendue et adhérente. L'extrémité tubaire utérine n'est pas dilatée d'ordinaire. Aussi, bien que perméable en réalité, bien qu'il existe par suite une communication libre entre l'utérus, le vagin et la trompe, il est exceptionnel que le liquide ovarique s'échappe par cette voie. En

ce qui concerne la pathogénie, voici l'opinion de l'auteur : la dilatation de la trompe et la formation du kyste ovarique sont habituellement des phénomènes secondaires dans la production des kystes tubo-ovariques. L'application de la trompe sur l'ovaire est tantôt physiologique, tantôt accidentelle. Le contact permanent des deux organes est la conséquence d'une inflammation adhésive. La communication qui existe entre eux est un fait primitif, ou bien elle s'établit à une période tout à fait précoce du développement du kyste (British med. Journ. Juin 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

Séance du 11 *mai* 1887.

Le secrétaire donne communication d'un travail de A. Auvard, « **De la constitution de la poche des eaux, quand elle est volumineuse.** »

PROF. SIMPSON. — L'idée suggérée par Auvard n'est pas neuve mais son observation est rigoureusement exacte. Elle a déjà été faite par le Dr Helme quand il étudiait à la Maternité. Il est intéressant de savoir que le capuchon membraneux dont quelques enfants sont coiffés à la naissance est exclusivement constitué aux dépens de l'amnios. Le côté pratique de ce travail est dans l'hypothèse émise par l'auteur que, si l'on séparait le chorion et l'amnios, la descente du fœtus pourrait avoir pour effet d'arrêter l'hémorrhagie. Mais ce point appelle non pas une sanction théorique mais une démonstration clinique.

F. BARBOUR. — Il n'a observé qu'un seul fait de cet ordre. La rupture de la poche des eaux était circulaire. La coiffe membraneuse était constituée par l'amnios et le chorion. L'union entre les deux membranes est si faible qu'il est extrêmement aisé de les séparer l'une de l'autre. Mais il ne se rend pas compte du degré d'utilité qu'il y aurait à effectuer cette séparation.

B. HART. — L'hypothèse émise par Auvard est théorique. L'idée qui s'en dégage, c'est que l'amnios descend et occupe le col à la manière d'un ballon de Barnes et arrête l'hémorrhagie. A son avis, la manœuvre ayant pour but de séparer le chorion de l'amnios, constituerait une opération délicate.

F. BARBOUR. — Donne communication de deux mémoires : a) **Con-**

tribution à l'anatomie de l'utérus post-partum; b) **De l'anatomie du travail d'après des sections d'utérus.**

B. Hart. — **Du mécanisme et du traitement de la troisième période du travail.**

Prof. Simpson.— Il persiste à croire que le placenta se détache sous l'influence de la contraction utérine. Quand la matrice se contracte sur le délivre, celui-ci doit se décoller et échapper suivant la ligne de moindre résistance. Il ne peut admettre que la diastole utérine s'accomplit avec une telle activité, une telle énergie, qu'elle suffise à produire le décollement placentaire. La définition donnée par Hart du placenta prævia « *c'est l'insertion de l'arrière-faix sur le segment inférieur de l'utérus* » est excellente. Pour lui, il a l'habitude de professer : *que le placenta est prævia quand il s'insère sur la zone passive de l'utérus.*

M. Murray. — Les contractions utérines ne suffisent pas, d'après lui, pour expliquer le décollement du placenta. Il faut attribuer une part d'action à l'augmentation de la pression sanguine qui se produit au moment de la diastole utérine. En ce qui concerne les vraies et les fausses douleurs, Murray pense que les premières correspondent à un phénomène absolument nouveau dans l'utérus. Il ne s'agit pas en effet d'une simple exagération des mouvements alternatifs de systole et de diastole utérines qui ont lieu pendant toute la durée de la grossesse. Les mouvements rythmiques ne déterminent aucun changement de la pression vasculaire; l'effet de la contraction qui se produit sur un point est détruit par le relâchement synchrone qui se produit sur un autre. Les fausses douleurs semblent être la conséquence d'un spasme violent, plus ou moins prolongé, d'une portion de l'utérus, provoquant les douleurs par la compression des extrémités nerveuses, et reconnaissant pour cause une irritation périphérique.

F. Barbour. — Hart déclare que le péritoine se sépare du segment inférieur par suite de la distension de cette portion de la matrice; mais, bien que la connexion de la séreuse avec le segment inférieur soit moins intime, il n'existe aucune preuve que cette séparation soit réelle. Quant au décollement du placenta, Hart prétend que, la contraction utérine achevée, le placenta ne suit pas le relâchement de l'utérus, qu'il ne s'étend pas. Mais le placenta s'étend sans décollement pendant la première période du travail et les choses se passent de même pendant la deuxième

période; pourquoi n'en serait-il pas ainsi au commencement de la troisième? Arguant de ce qui a lieu dans le placenta prævia, Hart prétend que le décollement placentaire n'est pas le résultat de la contraction utérine mais qu'il succède à la distension de l'aire de l'insertion placentaire associée à la diastole utérine, tandis que le placenta ne suit pas ce mouvement d'extension. Or, dans le placenta prævia, le délivre est, pour ainsi dire, étendu au maximum. Aussi l'extension ultérieure de la paroi utérine amène-t-elle, de toute nécessité, le décollement. Mais les conditions dans l'un et l'autre cas, sont très différentes pour qu'on soit autorisé à juger l'un par l'autre.

Hart. — Il a dit qu'au niveau de la portion de l'utérus qui se distend le péritoine devient moins adhérent et que le placenta se décolle. Si quand le placenta est prævia, il se détache parce que la portion de l'utérus sur laquelle il s'insère augmente en superficie, pour quelle raison le même mécanisme ne se produirait-il pas quand le délivre est inséré plus haut? Barbour a lui-même démontré que la contraction utérine ne cause pas le décollement. Ce décollement semble devoir être lié à l'augmentation de la surface de l'insertion placentaire. D'ailleurs, il n'a pas prétendu que cette opinion fût nécessairement exacte; la raison principale qui l'a poussé à écrire cette note, c'est que tous les auteurs sont toujours restés sous l'impression que le décollement placentaire est subordonné à la rétraction utérine, c'est-à-dire, aux contractions douloureuses de la matrice. (Edin. med. Journ. Juillet 1887.)

Dr R. Labusquière.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 15 *mars* 1887.

Mc Lean présente un **pessaire pour l'uréthrocèle**, composé d'une tige de cuivre souple, attachée à un coussinet abdominal, et d'un ressort d'acier, recouvert de caoutchouc vulcanisé. Le ressort presse sur les deux côtés de l'urèthre et l'instrument est fixé par un bandage abdominal ordinaire. On peut lui donner des formes variables. L'auteur espère arriver à corriger l'inconvénient de la pression exercée par les branches latérales de l'instrument, qui irritent un peu les tissus. Skene a aussi employé ce pessaire, et s'en loue fort.

MUNDÉ, président, a trouvé que le pessaire de Hodge ou celui de Thomas rendent des services dans ces cas. Celui de Gehrung, bien appliqué, est aussi fort utile.

Discussion : HUNTER, HANKS, PEIRCE, GRANDIN, NILSEN.

HUNTER. — **Aiguille pour les anévrysmes.** — Cette aiguille est faite de telle sorte que, lorsqu'elle a pénétré à une certaine profondeur, on peut la courber et la faire sortir plus loin. Elle lui semble devoir être commode pour la ligature des ligaments larges.

MUNDÉ admire ce petit instrument.

CHAMBERS présente un **écraseur**, qu'il a acheté à Paris. Sa supériorité sur les autres réside dans la facilité avec laquelle on peut ajuster le fil. Mais l'auteur ne recommande pas l'usage des écraseurs pour l'ablation des fibromes, et il trouve cet instrument trop compliqué.

C'est aussi l'opinion de HUNTER.

MUNDÉ fait remarquer que le *constricteur* sectionne les tissus, et que *l'écraseur* agit comme une scie, et risque par conséquent davantage d'attirer à lui les tissus voisins.

MUNDÉ présente les pièces de deux **hystérectomies vaginales**, faites en février. Les opérées sont remises.

Il montre aussi les pièces d'un **épithélioma du fond du vagin**, maladie très rare en ce point.

La malade, vierge, a 24 ans.

HANKS a vu un sarcome du fond du vagin, ce qui est moins rare.

JANVRIN demande s'il ne serait pas utile, dans ces cas, de faire l'hystérectomie. A l'appui de son opinion, il cite un cas où il a constaté l'extension du mal aux organes voisins.

MUNDÉ croit que, lorsque le mal a envahi le canal cervical, il faut enlever l'utérus.

CHAMBERS et HUNTER ont remarqué que la récidive est moins fréquente chez les femmes opérées après la ménopause.

JANVRIN croit qu'un bon curage, suivi de l'application du cautère Paquelin, est souvent suffisant. Il ne faut pas curer trop souvent.

MUNDÉ ne cure que lorsqu'il peut enlever beaucoup de tissu. « Plus on cure, plus le mal s'étend ».

Nécessité d'opérer de bonne heure les déchirures du col, par C. CLEVELAND.

Les femmes consultent trop tard pour cet accident, le plus souvent, au bout de plusieurs années; et elles n'ont, pour la plupart, plus été mères, depuis l'accouchement qui a produit la lésion. Cependant il est quelquefois possible de constater la déchirure aussitôt après la délivrance (1).

La déchirure est souvent causée par l'application prématurée du forceps dans un orifice insuffisamment dilaté; sa conséquence habituelle est la subinvolution utérine, et il faut opérer aussitôt que possible.

Cleveland recommande de couper les fils le cinquième jour, pour éviter qu'ils sectionnent les tissus, et de les enlever le neuvième.

Discussion : Mundé, Hunter, Emerson, Hanks, Murray, Janvrin, Morrill, Mc Lean, Marcy, Perry et Fowler.

Séance du 5 *avril* 1887.

Placenta prævia central, adhérences, hémorrhagie abondante, guérison, par J.-L. Morrill. La parturiente perdait du sang depuis 3 jours, lorsque le Dr Manning fut appelé. Orifice externe plus étroit que l'interne. On sent un corps spongieux, mais pas de partie fœtale : tamponnement répété, ergot. On appelle le Dr Manning, qui cherche, mais en vain, à détacher le placenta, le perfore, et va saisir la tête, la fixe à l'aide du forceps, et extrait un enfant mort. Délivrance difficile à cause de l'adhérence du placenta; inversion partielle, faradisation, injection d'eau-de-vie et d'éther, transfusion d'un liquide alcalin, suture du périnée. Le septième jour et le douzième la température monte à 38°,8.

Coe décrit le placenta, qui était induré.

Partridge croit que cette induration a sauvé la malade en s'opposant à l'hémorrhagie.

Mundé présente des **boules de matière sébacée trouvées dans un kyste dermoïde.**

---

(1) Il est rare que le passage d'un enfant à terme ne déchire pas le col; mais, si les conditions hygiéniques sont satisfaisantes et si les suites de couches sont bonnes, les déchirures se réparent *admirablement*. Il est inutile de constater l'existence d'une lésion qui guérira peut être spontanément. Ce qui importe, c'est de reconnaître de bonne heure l'existence d'une déchirure permanente (A. C.).

W. H. Welch y a trouvé des cheveux blonds, des globules graisseux et de la cholestérine.

Coe. — **Traitement de l'antéflexion acquise, associée avec une maladie des ovaires, ses rapports avec la stérilité.** L'antéflexion est souvent accompagnée de prolapsus des ovaires. « La maladie ovari-« que peut n'être pour rien dans la production de l'antéflexion ; « mais la réciproque ne saurait être soutenue,et les deux affections « sont parfois les résultats d'adhérences péritonéales. » L'auteur s'élève contre la promptitude avec laquelle on déclare parfois stérile et privée de son sexe (**unsexed**) une dysménorrhéique et on lui fait l'ablation des ovaires. Il cite deux cas de dysménorrhée dans lesquels la section du col a permis la conception. Il semble que la grossesse ait eu un effet utile sur la douleur ovarique. Chez trois sœurs souffrant d'antéflexion, la divulsion du col en soulagea deux ; la troisième, dont les ovaires étaient gros et douloureux, continua de souffrir.

La dysménorrhée ovarique n'est pas une condition absolue de stérilité, un ovaire légèrement malade peut produire des ovules sains.

Wylie croit que l'antéflexon est plus souvent due à un défaut de développement qu'à une péritonite antérieure. La dysménorrhée de l'antéflexion est fonctionnelle, elle est causée par une maladie de l'endométrium et ne prouve point que l'ovaire soit malade. La divulsion du col la guérit souvent.

Hanks, comme Coe, croit que l'antéflexion peut trouver sa cause dans la péritonite. La divulsion du col réussit fréquemment.

Polk affirme que la métrite chronique a sa part dans la production de la sténose, dans les cas d'antéflexion acquise.

Chamber, Janvrin et Mundé sont partisans de la divulsion.

Mc Lean, avoue ne pouvoir, par le toucher, reconnaître l'étendue exacte des modifications subies par l'ovaire, et cite un cas où une malade avait des ovaires très gros ; on lui conseilla de les faire enlever ; actuellement on ne peut plus les sentir.

Coe soutient qu'il y a des antéflexions causées par la péritonite.

Séance du 19 *avril* 1887.

Polk. **Utérus rétro-fléchi, laparotomie.** L'utérus était fixé ; l'opérée est guérie.

POLK cite trois autres cas de succès.

Dans ces cas, JANVRIN fixerait l'utérus à la paroi abdominale, d'après la méthode de Kelly.

Discussion : WYLIE, LEE, SIMS, HUNTER.

NILSEN. — **Grossesse dans un cas d'occlusion presque complète du vagin.**

MAC LEAN, LEE et WYLIE citent des cas semblables.

SIMS. — **Caroncule uréthrale** du volume d'une noix.

WYLIE. — **Galactorrhée.** La malade accouchée il y a 18 mois, n'ayant pas allaité, continue, malgré tous les soins employés, à secréter du lait en abondance. WYLIE ne connait pas de cas semblable. Les organes pelviens sont sains (1).

POLK et PARTRIDGE ont vu des cas de galactorrhée, moins prolongés.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 3 mars 1887.

D. LONGAKER lit un mémoire sur **l'accouchement dans les bassins rétrécis**; dont voici les conclusions : La nature peut à elle seule triompher de quelques difficultés, dans les cas de bassin plat et de bassin plat rachitique, lorsque la tête se présente. Le forceps, et spécialement le forceps à traction axiale, nous permet de vaincre ces mêmes difficultés, alors qu'elles sont plus grandes lorsque la tête est arrêtée au détroit supérieur.

Le forceps, appliqué judicieusement, n'est dangereux ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Le rétrécissement n'est pas à lui seul un motif de faire la version.

Dans le cas de bassin plat, si le diamètre conjugué a au moins 7 c. 06 et au plus 8 c. 35, il faut provoquer l'accouchement prématuré.

---

(1) Cette question a été discutée en détail, avec cas à l'appui, dans les séances du 2 février et du 2 mars 1887 de la *Société obstétricale* de Londres. (A. C.)

HIRST croit que, dans les bassins plats, avant l'engagement de la tête, il vaut mieux faire la version podalique que d'appliquer le forceps. Dans les positions transversales du sommet, le forceps a l'inconvénient d'augmenter le diamètre bi-pariétal.

H.-A. KELLY est du même avis. Le forceps à traction axiale sauverait bien des fœtus, sans lui condamnés à la crâniotomie. mais il n'est d'aucune utilité avant l'engagement de la tête. Il n'y a pas d'axe pelvien au-dessus du détroit supérieur, et son application au-dessus de ce détroit n'a pour résultat que de faire tourner la tête autour de son propre axe, sans tendre à l'engager.

KELLY présente un forceps que lui a montré Porak, à l'hôpital St-Louis, à Paris, avec lequel il vient de délivrer d'un fœtus vivant, à terme, une naine. dont le diamètre conjugué n'a que 75 millim. C'est un forceps ordinaire, dont chaque cuiller est perforée en deux points, au niveau du centre de la tête fœtale.

La traction se fait sur quatre lacs fixés dans ces trous.

Il préfère donc le forceps de Poullet à celui de Tarnier.

BERNARDY raconte le succès du forceps de Tarnier sur une tête placée très haut, dans un cas ou les autres forceps avaient échoué.

CLEEMANN blâme, dans le forceps Tarnier la vis qui réunit les manches.

LONGAKER cite un article de Winter, inséré dans la *Zeit. f. Geburthsk.* dans lequel l'auteur conseille, chez les primipares, d'attendre puis d'appliquer le forceps, et, chez les pluripares, de faire la version de bonne heure.

Suivant lui, le forceps appliqué sur le diamètre antéro-postérieur de la tête n'augmente pas sensiblement le diamètre bi-pariétal et le bi-temporal; il peut augmenter les diamètres verticaux, le cervico-bregmatique et le sous-occipito-bregmatique. Il croit avoir démontré ce fait par des expériences.

B. C. HIRST. — **Mortalité dans les maternités américaines.** Elle monte à 2,59 0/0 sur 19,902 femmes délivrées de 1880 à 1885.

BALDY cite les statistiques de Dohné : 3,4 0/0 avant l'emploi des antiseptiques, et 1,37 depuis qu'on les emploie.

Il s'élève contre l'abus du toucher. Dans les hôpitaux qui servent à l'instruction des étudiants, la mortalité est de 1,90; dans ceux où

l'on instruit les sages-femmes, elle est de 1,13, et de 0,56 dans les hôpitaux où l'on ne fait pas de cours (1).

Puis il recommande de soigner immédiatement les déchirures des parties molles, qui sont la porte d'entrée pour les affections puerpérales.

Procédé de Gill Wylie pour la périnéorrhaphie, par H. A. Pardee (2).

Discussion : Parish, Baldy, Price, qui préfère le procédé d'Emmet, H. A. Kelly.

J. Price présente un **double pyo-salpinx avec un cystome bilatéral de l'ovaire**.

W. H. Parish relate une **opération de Porro-Müller.** La main était au-dehors, les docteurs Allis, Groom et Potts firent des efforts infructueux pour retourner l'enfant, qui était mort, la parturiente « étant en travail depuis 6 ou 7 jours ». Parish rejeta l'embryotomie, « pensant que l'utérus devait avoir subi quelque « dommage irréparable, causé par sa contraction prolongée sur « les saillies fœtales ». En conséquence, aidé par les médecins nommés ci-dessus, il enleva l'utérus. L'opérée mourut au bout de 48 heures. L'auteur croit que l'anesthésie, répétée pour faciliter les tentatives de version et l'hystérectomie, est pour beaucoup dans l'issue fatale.

R. P. Harris fait remarquer que l'opération césarienne a été faite 12 fois en Amérique dans les présentations de l'épaule irréductibles. 11 fois le fœtus était mort. Le douzième fut sauvé, mais un médecin qui fit plus tard la laparotomie sur la mère dont l'utérus était rompu, déclara qu'elle était inutile. Le bassin avait le diamètre conjugué et le transverse longs de 75 millimètres.

Une des 11 autres femmes survécut; elle avait le bassin rétréci. Au total, 9 femmes ont été sauvées par l'opération.

---

(1) Ce fait a été noté par Semmelweiss, dans son rapport sur la Maternité de Vienne de 1841 à 1847 (A. C.).

(2) Il ne diffère pas sensiblement du procédé d'Emmet décrit dans *An. de Gyn.*, 1887, t. I, p. 389 (A. C).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 17 décembre 1887.

G. W. Cook. — **La dentition est-elle une cause de maladie?** Pline le jeune raconte que Marcus Curius, surnommé pour cela *Dentatus*, avait toutes ses dents au moment de sa naissance. Richard III naquit avec des dents. Jacobi rapporte qu'un nain espagnol vint au monde avec toutes ses dents, n'en perdit aucune, eut de la barbe à 7 ans, et devint père à 10 ans. Une cliente de Cook perdit une molaire à l'âge de 70 ans; cette dent fut remplacée par une autre qui tient encore. Une femme nommée Mary Wood, âgée de 98 ans, vit pousser dans sa bouche 9 molaires : 8 y sont encore, mais peu solides. Un cultivateur écossais perdit toutes ses dents à l'âge de 60 ans; six mois après, il lui en poussa toute une nouvelle série; il a maintenant 96 ans; il ne lui en manque que trois.

Jacobi raconte qu'une dame noble de Leipzig fit une dent à chacune de ses cinq couches; lorsque ces dents s'ébranlaient, l'enfant né au moment de leur apparition avait une grosse maladie et mourait quand la dent tombait.

Quoique les dents de la mère aient une influence sur la santé de l'enfant ajoute, ironiquement, Cook, elles ne sont pas, chez l'enfant, la cause d'autant de maladies qu'on le croit communément. La pression de la dent sur la gencive ou de la gencive sur la dent n'a rien à faire avec les maladies de l'enfance.

Harrison croit que l'éruption des dents peut, directement ou indirectement, causer des maladies et il cite le Dr L. Smith, qui a une opinion opposée,

Fry et Acker croient que la sortie des dents a quelque influence sur la santé de l'enfant.

La plupart des membres présents, pensent avec S. S. Adam, que la diarrhée dite *de dentition*, est causée par un régime mal approprié à l'estomac de l'enfant. L'éruption des dents est le signal d'un changement de régime, qui peut être trop brusque et faire souffrir l'enfant.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 21 *janvier* 1887.

CH. T. PARKES rapporte un cas de **grossesse extra-utérine dans lequel le produit fut expulsé par l'utérus.** L'auteur a cru d'abord, en septembre dernier, que la malade portait un fibrome, et lui fit prendre de l'ergot, Ce médicament lui causa tant de douleurs utérines, qu'elle fut obligée d'en cesser l'emploi. Le 10 décembre, le mari de la malade apporta à Parkes un fragment d'os. Ayant dilaté le col avec des tiges du tupélo, et introduit le doigt, il trouva un orifice rempli de fragments osseux. Enfin, il réussit à extraire la pièce qu'il présenta à la Société. Elle était constituée par des os, des fibres musculaires et du tissu conjonctif.

W. W. JAGGARD y reconnaît un lithopédion semblable à ceux dont parlent Carl Braun (*Lehrb. d. Gyn.*, 1831, p. 128), Spiegelberg (*Lehrb. der Geb.*, 1882, p. 342), et Kœberlé (*Gaz. hebd* n° 34, 1866).

J. BARTLETT. — **Arrêt de la tête par des circulaires funiculaires.** Bartlett appelé en consultation trouva 4 circulaires autour du cou du fœtus. Il appliqua le forceps et fit l'extraction de la tête. Le fœtus vint vivant; le cordon avait 124 centimètres de longueur.

Bartlett n'a pas cru devoir dégager le cou, avant d'appliquer le forceps, dans la crainte que le cordon ne procidât.

BARTLETT discute ensuite le diagnostic des positions du sommet, et cite Smellie, qui introduisait sa main dans l'utérus, et palpait la tête dont il reconnaissait ainsi le volume.

PH. ADOLPHUS fait remarquer que le diagnostic digital de la position de la tête n'est difficile que pour le consultant, appelé lorsque la tête est déformée; il ne l'est point pour l'accoucheur qui a suivi la marche du travail depuis le début. Au surplus, la connaissance exacte de la position n'est pas indispensable, car il ne faut pas appliquer les branches du forceps sur les côtés de la tête lorsqu'elle est oblique et transversale. Car, en cherchant ensuite à rectifier la position, on risque de blesser la mère.

W.-W. JAGGARD ne croit pas qu'il soit démontré que la cause de l'arrêt de la tête fût l'existence des circulaires, car ces 4 circulaires

faits par un cordon de 124 centim. ne l'accourcissaient pas assez pour gêner la descente du fœtus.

BARTLETT ne paraît pas avoir constaté directement la tension de la tige funiculaire.

JAGGARD croit plutôt que la dystocie venait d'une position défavorable de la tête, que Bartlett a rectifiée avec les doigts.

JAGGARD insiste sur le diagnostic obtenu au moyen du palper seul, et cite Litzmann (1865), Halbertsma (1870), Credé (Gesund. und kranke Wochnerinnen, 1886, p. 80) qui ont pendant plusieurs mois fait le diagnostic des positions par le palper seul.

Il soutient que l'application du forceps exige une notion exacte de la position.

E.-W. SAWYER cite une erreur de diagnostic (présentation du siège, pris pour la tête) faite par le palper seul. Le toucher peut aussi parfois être insuffisant, et SAWYER n'applique pas le forceps sans avoir introduit la main assez profondément pour pouvoir toucher la face.

J. S. KNOX croit que le palper et le toucher sont parfois insuffisants, pour faire le diagnostic précis, lorsque l'utérus est contracté fortement, et que la bosse sanguine est tendue et épaissie, Aussi, fait-il comme SAWYER, lorsqu'il applique le forceps ; il place cet instrument en ne s'occupant que du bassin, quitte à le désarticuler et à laisser la rotation se faire, lorsque la tête a franchi le détroit supérieur.

DE LASKIE-MILLER parle de la brièveté du cordon, et d'un cas où il n'y avait pas de cordon, Il se peut que l'utérus ne souffre pas de la brièveté du cordon, car les contractions détachent le placenta, et la distance qui sépare cet organe du fœtus, n'est pas pas augmentée par la descente de l'enfant. Il relate un cas de sa clientèle, dans lequel le cordon entourait le fœtus, comme le font les serpents dans la statue de Laocoon. Il présentait de plus un nœud tellement serré, que la circulation ne pouvait plus se faire, l'enfant était mort depuis longtemps.

CH.W. EARLE, président, ne croit pas qu'un diagnostic très exact de la position soit nécessaire, et il rapporte un cas où un grand praticien de Chicago posa son diagnostic, et fit l'extraction de la tête, qui était dans la position diamétralement opposée à celle qu'il croyait avoir reconnue.

Tamponnement antiseptique du vagin dans le traitement de l'in-

flammation pelvienne, par J.-H. ETHERIDGE. — L'auteur emploie la laine ou coton antiseptique, soigneusement cardé et nettoyé, qu'on peut tremper dans une solution antiseptique. On l'introduit dans la position génu-pectorale. L'auteur affirme que, en maintenant par ce moyen l'utérus élevé, on lui permet « de se drainer lui-même » ce qui fait cesser la congestion.

Séance du 17 *février* 1887.

H. T. BYFORD recommande l'emploi de tentes avec la racine d'une sorte d'orme (*slippery-elm*), qui a l'avantage de renfermer un mucilage qui sert de lubrifiant.

REWES JACKSIN, qui les emploie souvent, leur a trouvé peu de force d'expansion ; pour obtenir la dilatation, il se sert d'une éponge préparée entourée de petits copeaux de cette racine.

JACKSON fait l'éloge des tiges intra-utérines laissées à demeure.

W. W. JAGGARD. — **Placenta prævia, cordon de 24 centim.**

H. J. GARRIGUES. — **Tampons obstétricaux antiseptiques** de GARRIGUES et de W. L. RICHARDSON. Ils sont faits de coton absorbant trempé dans la solution 1/2000 (de sublimé, probablement, l'indication n'est pas dans le texte), recouvert de taffetas gommé ou d'une feuille de gutta-percha.

Deux kystes dermoïdes de l'ovaire, par R. JACKSON.

CH. FENGER discute les théories émises sur leur origine et penche vers celle de Heschl et de His, qui les font venir d'îlots isolés de l'épiblaste, puis il en rapporte trois cas.

R. JACKSON. **Pression dans le vagin pour le traitement des maladies pelviennes chroniques**. Taliaferro a obtenu des succès par cette méthode de tamponnement. Dans sa *petite chirurgie gynécologique*, Mundé en dit du bien. Jackson emploie l'étoupe goudronnée et le chanvre d'Indoustan.

Dans un cas, Jackson a fait ce tamponnement sans mesure préparatoire, avant de faire le curage chez une femme qui avait des pertes presque constantes.

Le tamponnement rendit le curage inutile.

Dans un cas de rétroversion avec adhérence, la malade ne pouvait supporter les pessaires, le tamponnement avec du coton imbibé de glycérine borique réussit à réduire l'utérus et à détruire les adhérences.

Ph. Adolphus fait l'éloge du massage utérin, dans ces cas ; il emploie aussi le tamponnement.

J. H. Etheridge approuve ce traitement dans certains cas.

Byford croit que l'amélioration obtenue est due à ce que l'utérus est soutenu.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 13 *janvier* 1887.

G.-E. Jones présente un **spéculum ou rétracteur se tenant de lui-même**. Il est assez semblable à la cuiller de Sims, et présente une double courbure, à laquelle sans doute il doit de rester en place. Pour écarter suivant le besoin les parois vaginales, on suspend au manche une sphère d'un poids variable. Le manche peut faire avec la cuiller tous les angles désirables et, le poids agissant toujours suivant la verticale, le spéculum garde la position qu'on lui a donnée.

Wenning, qui s'est servi de cet instrument, en dit beaucoup de bien.

G.-S. Mitchell, de même.

(Résumé, d'après *l'Am. Journ. of obst.*, 1887, p. 518 à 552, par A. Cordes.)

Séance du 10 *février* 1887.

G. Zinke, Président : **Éducation pratique des sages-femmes et des étudiants.**

Il insiste sur la nécessité de donner aux élèves de nombreuses occasions d'assister à des accouchements, et demande l'établissement d'une école d'accouchement dont les éléments existent à Cincinnati.

(Résumé, d'après le *Clin. Journ. of obst.*, 1887, p. 619 à 660, par A. Cordes).

REVUE DES JOURNAUX

Note sur un cas d'infanticide, R. Kirk. — Le 14 février au matin, la sonnette d'une maison retentit. Une personne se lève, ouvre la porte et aperçoit, couché sur les marches de pierre, un enfant

nouveau-né, du sexe masculin, enveloppé à demi dans une feuille de papier. Redoutant sans doute quelque conséquence fâcheuse pour elle si elle s'avisait de toucher à l'enfant, la personne s'en fut immédiatement prévenir la police. Un agent fut envoyé qui, ayant constaté que l'enfant était mort, le transporta dans l'office. C'est là que je l'examinai quelques heures plus tard; le corps était déjà froid et les membres en état de rigidité. Par ordre de justice, je fis dans la journée l'examen cadavérique. « Le corps est celui d'un enfant, mâle, assez fortement développé, et qui n'a pas été nettoyé. Il ne présente pas de « *caput succedaneum* ». Le cordon coupé avec des ciseaux, a été lié au moyen d'un morceau de lacet de corset. *Il y a au niveau de son insertion une zone circulaire, légèrement enflammée.* Pas la moindre marque de violence. Les poumons ont un aspect marbré, leur coloration est sombre, ils remplissent bien la cavité thoracique et, plongés dans l'eau, ils surnagent. Aussi bien que les autres organes, le foie surtout, ils offrent un certain degré de congestion. L'estomac est vide. Les sinus encéphaliques sont congestionnés. Le cerveau est sain. »

Mon avis fut que l'enfant était mort des suites de son exposition au froid.

Dans la soirée on retrouva le délivre dans un jardin qui était situé à trois cents yards environ de l'endroit où l'enfant avait été abandonné. Il était également enveloppé dans un morceau détaché de la feuille de papier qui avait servi pour l'enfant. Le bout libre du cordon était lié avec un morceau de lacet en tout semblable à celui qu'on avait trouvé sur la partie fœtale du cordon.

Le volume de l'enfant, la forme de la tête, l'absence de toute trace de « *Caput succedaneum* » étaient pour moi la preuve formelle que la mère n'était pas primipare. « Je fis part de cette opinion à la police et le lendemain on arrêtait une femme que je fus appelé à examiner. » Avant de procéder à cet examen, je demandai à la femme si elle était bien réglée. A quoi elle répondit, que, justement, elle venait d'avoir ses règles. Et, comme preuve à l'appui de son dire, elle me montra son linge qui était maculé de nombreuses taches. Lui ayant demandé si elle avait eu des enfants, elle déclara en avoir eu deux. Du reste, elle se soumit sans résistance aucune à l'examen médical. L'écoulement lochial était faible bien qu'on sentit très nettement au-dessus du pubis l'utérus qui avait le vo-

lume du poing fermé. La peau de l'abdomen était flasque et froncée. Pas de lait dans les seins. Le lacet du corset ressemblait bien à celui qu'on avait trouvé sur le cordon ombilical, mais il était en tant de morceaux, qu'il y avait impossibilité à affirmer qu'ils avaient appartenu à la même pièce.

Je me rendis ensuite à la maison de l'inculpée et j'examinai le lit. On avait retiré les draps, mais le matelas présentait une large tache en son centre, et tout paraissait indiquer qu'un accouchement avait eu lieu récemment.

La mère, atteinte d'une surdité légère, affirma qu'elle n'avait aucune connaissance qu'un accouchement se fût fait chez elle ; sa chambre à coucher et celle de sa fille étaient pourtant adjacentes ; de plus, la porte de communication n'était pas fermée.

Quant à l'enfant, il avait certainement vécu. Mais la défense aurait pu alléguer qu'il avait succombé peu après la naissance, et qu'il était déjà mort avant qu'on l'eût exposé au froid. Ce point offre un certain intérêt, sous le rapport de l'aspect extérieur du cadavre, en ce qui concerne surtout la zone inflammatoire péri-ombilicale. Depuis lors, j'ai examiné un certain nombre de cordons ombilicaux dont deux appartenaient à des enfants mort-nés. L'un était mort six heures environ avant sa naissance, l'autre, vingt minutes après. Chez aucun d'eux, on ne voyait aucune trace d'un processus inflammatoire. La première apparence d'une zone inflammatoire ne se manifesta qu'une heure après la naissance ; cette zone s'accusa ensuite plus nettement.

J'arrivai, par exclusion, au diagnostic de mort par « exposition à l'air ». Il n'existait, en effet, aucune lésion capable d'expliquer par elle-même la mort : D'ailleurs, la matinée avait été très froide et l'enfant, fort mal protégé par la feuille de papier qui ne le couvrait qu'à demi, et déposé sur une pierre, avait dû subir toute la rigueur de la température. Ce qui suffit bien pour expliquer son décès.

Quant à la femme, qui avoua plus tard sa culpabilité, elle devait être douée d'une énergie peu commune, car, si la déposition faite par la mère a été véridique, elle a supporté les douleurs de l'enfantement avec assez de courage pour que sa mère ne s'aperçût de rien. Puis elle a elle-même lié et sectionné le cordon, fait environ un mille pour jeter par dessus un mur le délivre dans un jardin, et transporté ensuite l'enfant à trois cents yards de là.

Enfin, elle est allée à son ouvrage, et comme une de ses compagnes de travail s'étonnait de sa pâleur, elle a, afin de détourner tout soupçon, déclaré qu'elle était indisposée, et fait voir les taches de sang qui maculaient son linge. (Edin. med. Journ., juillet 1887.)

Dr R. LABUSQUIÈRE.

VARIÉTÉS

Thèses de Gynécologie et d'Obstétrique, *soutenues à la Faculté de Bordeaux pendant l'année scolaire* 1886-1887.

MM. BAILLÉ. — Contribution à l'étude des varices du membre inférieur chez la femme enceinte.

COUPERIE. — Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie et de leurs traitements.

LAVILLE. — Contribution à l'étude du traitement de la rétention des règles par atrésie des voies génitales.

TRÉGUIER. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale.

CALMEILLES. — De l'exstrophie vésicale.

SÉGUINARD. — Du cloisonnement du vagin dans la chute de la matrice.

DESMONTILS. — Des cas de dystocie dus à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus.

FIRPO. — Contribution à l'étude de la restauration immédiate du périnée dans les déchirures post-partum.

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Manuel pratique de la Garde-Malade et de l'Infirmière, publié par le Dr BOURNEVILLE. 3e édition. Prix : 5 francs.

Le gérant : A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DE LA FACE

ÉTUDES SUR LE BEC-DE-LIÈVRE COMPLEXE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE (1)

Par **A. Broca**, prosecteur à la Faculté.

II. — EXPOSÉ DES OPINIONS D'ALBRECHT ET DES DISCUSSIONS QU'ELLES ONT SOULEVÉES

C'est en 1879 que, pour la première fois, Albrecht a émis les propositions fondamentales de la doctrine qu'il a constamment soutenue depuis (2). En 1877, il avait eu l'occasion d'examiner un cheval atteint de bec-de-lièvre bilatéral complexe. Six incisives existaient bien dans le tubercule médian, mais il y en avait, en outre, une sur la lèvre externe de cha-

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, Août 1887.

(2) P. Albrecht. *Die morphologische Bedeutung der seitlichen Kiefer Spalte und die wahrscheinliche Existenz von vier Zwischenknochen bei der Saügethieren*, in *Zool. Anzeiger*. Leipzig, 1879, n° 26, p. 207.

que fissure et, d'autre part, entre cette quatrième incisive et la canine, on voyait la suture incisive normale, qui remontait de là, avec sa direction et sa longueur usuelles, le long de la branche montante du maxillaire supérieur : donc l'apophyse nasale de l'intermaxillaire, munie d'une dent, était restée en dehors de la fissure. Ce fait était en contradiction flagrante avec la théorie classique. En fallait-il donc faire une simple exception? P. Albrecht se mit à la besogne

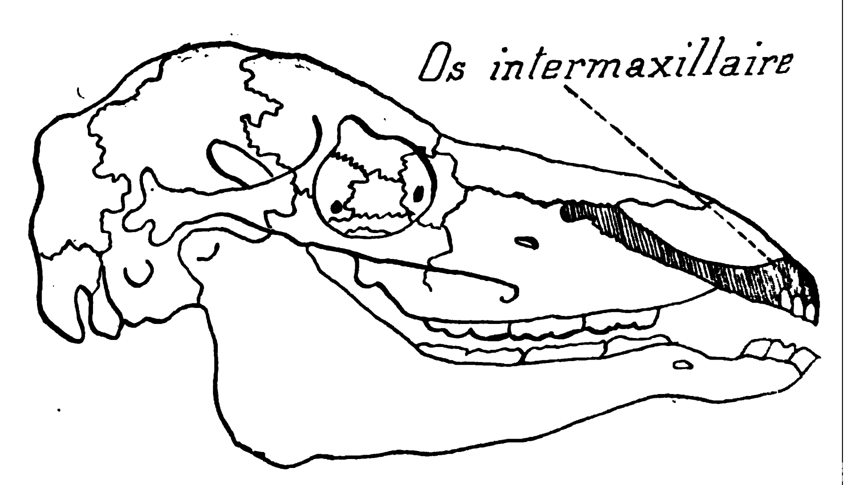


FIG. 3. — Tête de cheval normal (d'après ALBRECHT).

et, deux ans plus tard, après examen de pièces multiples, il arrivait à cette conclusion que, chez l'homme aussi bien que chez les animaux, la fissure alvéolaire du bec-de-lièvre vulgaire ne passe pas entre l'incisive latérale et la canine, mais bien en avant de l'incisive latérale. Quant à la dent située sur la lèvre antéro-interne, c'est, suivant les espèces animales, la 1re (animaux à 4 incisives) ou la 2e incisive (animaux à 6 incisives).

Comment expliquer cela? Il faut bouleverser de fond en comble la doctrine classique. On a dit que l'ossification se fait par deux points de chaque côté : il faut aller plus loin et décrire chacun de ces points comme une pièce morphologi-

quement distincte. Chez l'enfant, on trouve sept fois sur huit la trace de cette duplicité normale. La suture incisive classique, partant du trou palatin antérieur pour se rendre entre la canine et l'incisive latérale, ne tarde pas, en effet, à se bifurquer, envoyant une branche entre les deux incisives.

Les mammifères ont ainsi quatre intermaxillaires ; Albrecht a appelé l'interne *endognathion*, et l'externe *mésognathion*,

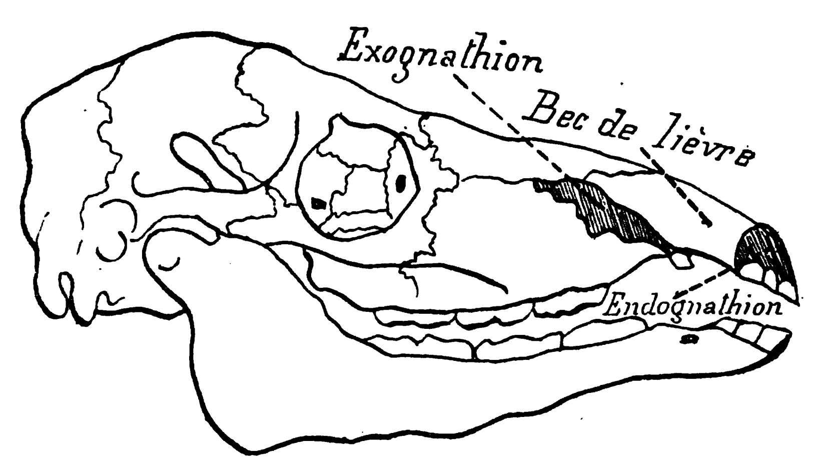


FIG. 4. — Tête de cheval. Bec-de-lièvre avec coexistence de la suture incisive (d'après ALBRECHT).

réservant le nom d'*exognathion* au maxillaire supérieur proprement dit. L'endognathion porte un nombre d'incisives variable suivant l'espèce animale considérée ; le mésognathion porte l'incisive précanine et de là se prolonge en haut pour constituer l'apophyse nasale de l'intermaxillaire.

Les sutures qui isolent ces diverses pièces à la voûte palatine ont, de chaque côté, la forme d'un Y : la queue forme la *suture endo-exognatique* ; la branche antéro-interne, la *suture endo-mésognathique* ; la branche postéro-externe, la *suture méso-exognathique*. Enfin, entre les deux intermaxillaires internes est la suture *endo-endognathique*, médiane. A partir du bord alvéolaire, la suture exo-méso-

gnathique se recourbe de façon à longer la branche montante du maxillaire, entre elle et l'apophyse nasale de l'intermaxillaire externe.

C'est à la suture endo-mésognathique que répond constamment le bec-de-lièvre vulgaire. Cela est prouvé : 1° par son siège entre deux incisives ; 2° par la coexistence possible de la suture exo-mésognathique. Le tubercule osseux du bec-de-lièvre médian porte deux incisives et non point quatre ; il est formé par l'union des intermaxillaires internes isolés.

Mais une semblable fissure ne peut guère s'expliquer que par la persistance d'une fente existant normalement à cette place dans la face de l'embryon. Aussi Albrecht soutient-il que le bourgeon nasal externe ne reste pas confiné à la narine. Il descend jusque dans la lèvre et l'arcade alvéolaire, s'interposant jusqu'en bas entre les bourgeons nasal interne et maxillaire supérieur : de lui dépendent ainsi et l'os intermaxillaire externe et la partie correspondante de la lèvre supérieure.

Tout cela a été développé, dans le courant des années suivantes, par plusieurs mémoires importants. Un d'entre eux a d'abord été lu à la Société d'anthropologie de Bruxelles en 1882 et là, après avoir confirmé ses assertions précédentes, Albrecht insiste surtout sur les anomalies dentaires qui accompagnent souvent le bec-de-lièvre complexe bilatéral (1). Il n'est pas rare, en effet, de se trouver en présence d'un tubercule médian à quatre incisives. Mais cela ne prouve rien en faveur de la théorie de Gœthe, car l'incisive précanine n'en existe pas moins sur la lèvre postéro-externe de la fissure. Ces anomalies ne sont pas l'apanage de l'homme. Sur un cheval, Albrecht a vu six incisives dans le tubercule médian et une sur chaque lèvre externe de la fente ; or, le

(1) P. Albrecht. *Sur les quatre os intermaxillaires, le bec-de-lièvre, et la valeur morphologique des dents incisives supérieures de l'homme.* Commun. à la Soc. d'anthrop. de Bruxelles, le 25 octobre 1882, p. 73 (Tirage à part).

type dentaire de cet animal ne comporte au total que six incisives. Albrecht ne s'est guère occupé que de ces anomalies par excès, et voici l'explication qu'il en donne : ici je copie textuellement :

« Dans le bec-de-lièvre à quatre dents incisives, chacun des quatre os intermaxillaires porte une dent incisive. Dans le bec-de-lièvre double à six incisives, les deux os intermaxillaires portent chacun deux incisives, les deux os intermaxillaires externes chacun une incisive. Donc les deux cas ont ceci de commun que l'intermaxillaire externe porte toujours une seule incisive... Nous désignerons cette dent incisive, placée immédiatement en avant de la canine, sous le nom de *précanine*. Toujours les précanines sont situées dans les os intermaxillaires externes. Quelle est maintenant l'homologie des incisives contenues dans les intermaxillaires internes ?... En réfléchissant, il devient évident que, dans le bec-de-lièvre à six incisives, la dent incisive située le plus près de la ligne médiane, c'est-à-dire la plus interne des deux dents incisives contenues dans l'intermaxillaire interne, est l'homologue de la dent unique contenue dans l'intermaxillaire interne du bec-de-lièvre à quatre incisives... Nous l'appellerons *incisive para-symphysienne*. Les deux incisives parasymphysiennes sont donc homologues. La dent externe contenue dans l'os intermaxillaire interne du bec-de-lièvre à six dents, que je propose d'appeler *proparasymphysienne*, ne trouve pas d'homologue dans le bec-de-lièvre à quatre incisives. »

Mais quelle est la valeur morphologique de ces dents ? Pour Albrecht, la parasymphysienne est la 1re incisive, mais la précanine est la 3e. La véritable deuxième incisive, la proparasymphysienne, ne se développe pas normalement chez l'homme. Ici elle reparaît, et cette réapparition est atavique. Il en faut chercher la cause « dans la nutrition favorable dont les os intermaxillaires internes jouissent dans le bec-de-lièvre ». Déjà W. Vrolik (1) a bien décrit l'hypertrophie

(1) W. Vrolik. *Handbœk der ziitekundige ontleedkunde*, t. I, p. 454.

du vomer et son rôle dans la projection en avant du tubercule médian : rien ne brise latéralement le vomer et l'intermaxillaire, rien ne les maintient en arrière. Dans la fente unilatérale, l'effet de cette indépendance est moindre : il se traduit cependant encore par la courbe, convexe vers la fente, que décrit le vomer; cette courbe est surtout accentuée lorsque du côté opposé il existe une fissure palatine sans bec-de-lièvre. Et pourquoi ce développement osseux exagéré ? Les matériaux en sont fournis par un apport sanguin exagéré : les artères palatines antérieures sont normalement destinées à s'anastomoser avec les postérieures; ici, il n'en est rien et tout le sang qu'elles apportent est destiné, dès lors, au vomer et à l'intermaxillaire.

« Par cet énorme accroissement de nourriture dans les os intermaxillaires internes, il peut se développer ataviquement des dents qui, à l'état normal, ne se développent plus dans ces os, précisément faute d'excès de nourriture et d'espace. Pour expliquer ceci, il faut admettre, ce qui est démontré d'ailleurs, que l'homme descend d'êtres qui étaient plus que tétraprotodontes, ce qui veut dire, d'après la nomenclature du célèbre anatomiste Owen, qu'il descend d'êtres qui avaient plus que quatre dents incisives dans leurs os intermaxillaires ». Et d'ailleurs, par exception, cette 3e incisive existe sur des crânes hexaprotodontes, normaux pour le reste (1). « Donc, entre notre première et notre seconde incisives supérieures, il y a une incisive, la véritable deuxième incisive, perdue.... Ce qui rend ma théorie sur la valeur morphologique de nos deux dents incisives encore plus vraisemblable, c'est que l'on constate le même processus chez les lièvres et les lapins : leurs dents incisives supé-

(1) ALBRECHT a signalé des faits semblables au Congrès des chirurgiens allemands en 1884, et, en 1885, il a montré devant la même société trois moules dont un provenant de la Société d'anthropologie de Bruxelles ; un de la collection du Dr Calais (de Hambourg) ; et un du Dr Busch (de Berlin) (*Ueber sechsseneidezähne Gebisse bein normalen Menschen*. — Analyse in *Centralbl, f. Chir.* 1885, n° 24. Beilage.

rieures antérieures sont les premières et les postérieures les troisièmes ; les deuxièmes se perdent pendant le développement ontogénique. » Puis, l'année suivante, Albrecht a insisté sur ce dernier argument : « Le lièvre et le lapin se distinguent des autres rongeurs en ce que leur dentition permanente est tétraprotodonte. Embryonnairement, et parfois plus tard, il leur survient une incisive proparasymphysienne contre la parasymphysienne, en sorte que, pour moi, la grande incisive antérieure de ces animaux est la 1re, la petite postérieure étant la 3e ; quant à la 2e, embryonnaire et quelquefois post-embryonnaire, les léporidés l'ont perdue, comme les singes, dans la majorité des cas » (1).

Le mémoire auquel j'ai emprunté le passage précédent était, avant tout, destiné à résumer devant le congrès des chirurgiens allemands les faits avancés par Albrecht dans ses publications antérieures. L'auteur y passe successivement en revue toutes les fissures de la face et montre comment elles concordent, à son sens, avec le développement normal. La partie supérieure de la face se forme par coalescence de six bourgeons, trois de chaque côté, qui descendent tous jusque dans la lèvre et dans l'arcade alvéolaire ; les bourgeons nasaux internes et externes et les bourgeons maxillaires supérieurs. La partie inférieure de la face est constituée par la coalescence des deux bourgeons maxillaires inférieurs. De là résultent 8 fentes, dont 2 médianes et 3 latérales, paires. Au total, 5 fentes différentes. C'est par leur persistance que s'expliquent la plupart des fissures tératologiques, et Albrecht soutient que son opinion sur le bourgeon nasal externe peut seule être admise si l'on veut tenir compte de deux faits

(1) P. ALBRECHT. *Ueber die morphologische Bedeutung der Kiefer, Lippen und Gesichtsspalten.* Commun. au XIIIe congr. des chir. all. (Berlin, 1884). — In *Arch. f. klin. Chir.* Bd. XXXI, h. 2. (Tirage à part, p. 20.) Je ferai remarquer que le terme *Leporide* signifie évidemment *Léporidés*, c'est-à-dire *tribu des lièvres*, si l'on veut, et non pas léporides, métis du lièvre et du lapin, suivant la signification de ce terme en français. Ici, *Léporidés* est opposé à *Singes*, dont l'homme.

différents : 1° le *bec-de-lièvre vulgaire*, entrant dans la narine ; 2° la fente plus rare qui remonte vers l'orbite en passant derrière la narine intacte : *le colobome de la lèvre supérieure*. Aussi bien a-t-il vu ces deux variétés coexister sur une tête de chien nouveau-né qui lui a été communiquée par Wehenkel, professeur à l'école vetérinaire de Bruxelles.

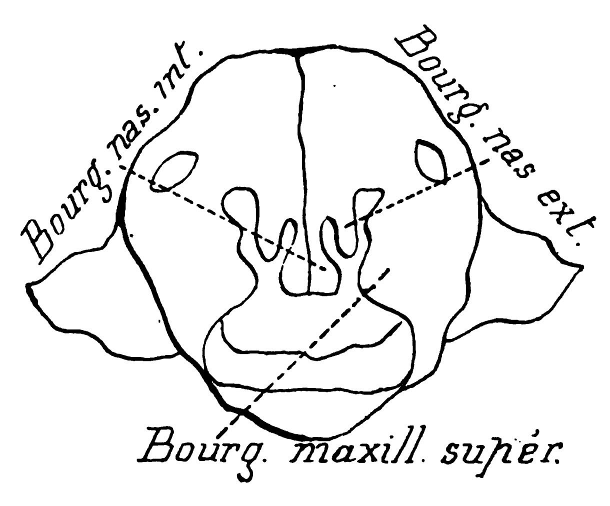


FIG. 5. — Chien. Coexistence du bec-de-lièvre et du colobome de la lèvre supérieure (d'après ALBRECHT).

Ainsi, de même que le maxillaire est divisé en endognathion, méso-gnathion, exo-gnathion ; de même à la lèvre il faut distinguer : une partie externe, *supralabium* (bourgeon maxillaire supérieur) ; une moyenne, *interlabium externum* (bourgeon nasal externe) ; et une interne, *interlabium internum* (bourgeon nasal interne).

Les fissures tératologiques sont : 1° bornées à la lèvre (*Lippenspalte*) ; 2° étendues aux os (*Kieferspalte*) ; 3° gagnant la face proprement dite (*Gesichtspalte*). Leur position et leur pathogénie ressortent bien du tableau suivant, que je traduis.

BOURGEONS FACIAUX ET FENTES CORRESPONDANTES	MACHOIRES ET FENTES ALVÉOLAIRES	LÈVRES ET FENTES LABIALES	JOUES ET FENTES GÉNIENNES (OU FACIALES)
I. Fente entre les deux bourgeons nasaux internes.	I. Fente entre les deux intermaxillaires internes (n'existe pas chez l'homme, normale chez beaucoup de vertébrés).	I. Fente entre les deux *interlabia interna*. (fente labiale supérieure médiane).	I. Fente faciale médiane (n'existe pas).
II. Fente entre les bourgeons nasaux interne et externe.	II. Fente entre l'intermaxillaire interne et l'externe (bec-de-lièvre complexe, ou fente alvéolaire par excellence, ou *fente stomato-narine*).	Fentes labio-alaires II. Fente entre l'*interlabium internum* et l'*interlabium externum* (bec-de-lièvre ou *fente labio-narine*).	II. Fente de l'aile du nez, ou *fente alaire*.
III. Fente entre les bourgeons nasal externe et maxillaire supérieur.	III. Fente entre l'intermaxillaire externe et le maxillaire supérieur (*fente stomato-orbitaire*).	Fentes labio-palpébrales III. — Fente entre l'*interlabium internum* et le *supralabium* (*colobome de la lèvre supérieure*).	III. Fente faciale, *colobome de la paupière inférieure*.
IV. Fente entre les bourgeons maxillaires supérieur et inférieur.	IV. Fente entre les deux mâchoires (normale).	IV. Fente horizontale entre les lèvres (*macrostome labial*).	IV. Fente horizontale génienne (*macrostome facial*).
V. Fente entre les deux bourgeons maxillaires inférieurs.	V. Fente entre les deux os maxillaires inférieurs (normale chez beaucoup de vertébrés).	V. Fente entre les deux lèvres inférieures (*Fente labiale inférieure, médiane*).	V. Fente labiale prolongée (Unterkieferwangen). N'existe pas.

On voit, par ce tableau, qu'Albrecht nie l'existence chez l'homme du bec-de-lièvre médian complexe de la lèvre supérieure ; qu'il nie également la fente médiane supérieure se prolongeant plus bas que la lèvre (Unterkieferwangenspalte) : j'aurai à en dire quelques mots. Mais le point capital est la distinction du *bec-de-lièvre*, situé entre l'intermaxillaire interne et l'externe ; et du *colobome de la lèvre supérieure*, situé entre l'intermaxillaire externe et le maxillaire supérieur.

Tout cela ne fut pas sans soulever de vives polémiques et, dès 1882, Th. Kœlliker se posait en défenseur de la théorie de Gœthe (1). Il commence par contester la duplicité des points osseux dans l'intermaxillaire. A un stade plus avancé, on observe sans peine la suture incisive classique sur la plupart

(1) Th. Kœlliker. *Ueber das* os intermaxillaires *des Menschen und die Anatomie der Hasenscharte und des Wolfenrachens*, in *Nova acta der Kel. Leop.-Carol. Deutschen Akad. der Naturforscher.* Halle, 1882. t. XLIII, n° 5, p. 327.

des crânes d'enfants. Quant au trait qu'Albrecht appelle suture endo-mésognathique, et que, d'ailleurs, Himly avait déjà bien décrit, Kœlliker l'a constaté 5 fois sur 30 crânes, mais il se refuse à en faire une suture : c'est un sillon vasculaire, pareil à ceux que l'on voit vers les trous palatins postérieurs (*loc. cit.*, p. 341). La description anatomique sur laquelle s'appuie Albrecht est donc erronée.

Pour les dents, Kœlliker commence par nous apprendre que « l'incisive latérale, qui répond au point d'union de l'intermaxillaire et du maxillaire, présente des anomalies de position telles qu'elle est tantôt en avant et tantôt en arrière de l'incisive médiane et de la canine ; que sa face antérieure regarde souvent en dehors et non pas en avant ; bref, que de toutes les dents c'est celle qui se met le plus souvent hors de la série régulière de l'arcade dentaire » (loc. cit., p. 343). D'autre part, il y a indépendance complète entre la formation des os et celle des dents. Tandis, en effet, que l'intermaxillaire naît par un point osseux de chaque côté, l'invagination de la muqueuse, d'où naîtront les bulbes des incisives, constitue d'abord une masse impaire et médiane que des cloisons osseuses subdiviseront plus tard en quatre. Les germes sont donc : pairs pour les os, impairs pour les dents. Voilà qui prouve « l'indépendance des dents et des os » (*loc. cit.*, p. 351). Or Albrecht affirme avant tout que les incisives dépendent de l'intermaxillaire.

Passons aux faits tératologiques. « La présence ou l'absence de la suture incisive a, de nos jours, un rôle considérable, car, dans sa théorie, Albrecht attribue une grande importance à sa coexistence avec le bec-de-lièvre... Cette coexistence est la preuve absolue que, dans ces cas, il s'agit d'une fente inter-incisive. J'ai été moins heureux dans mes recherches. Dans aucune de mes observations il ne m'a été donné de voir sur le maxillaire supérieur une suture incisive ou sa trace ; non seulement lorsque, les intermaxillaires portant les quatre incisives, la canine était la première des dents sur la lèvre opposée, mais encore dans les cas où le

maxillaire supérieur portait une incisive » (*loc. cit.*, p. 364). Cet argument d'Albrecht repose donc encore sur un fait erroné.

L'examen des dents ne prouve rien. Il s'agit là d'anomalies sans grande importance; ce qui le prouve, c'est que toutes les combinaisons possibles existent. La conclusion définitive est que : « La fissure alvéolaire siège *toujours* entre le maxillaire et l'intermaxillaire ».

Le désaccord entre Th. Kœlliker et Albrecht est donc aussi absolu que possible et les discussions ultérieures ne l'ont pas fait cesser. Au congrès de Berlin, en 1884, Th. Kœlliker a dû reconnaître que, sur deux crânes d'homme et un de cheval, Albrecht lui a fait voir la coexistence du bec-de-lièvre et de la suture incisive : cela prouve tout simplement qu'il y a un dédoublement anormal (Verdoppelung) de l'intermaxillaire. Venant à la rescousse, Langenbeck maintint que la fissure passe, en général, entre l'incisive et la canine; il ajouta, il est vrai : « Je reconnais que la question ne peut pas être jugée avec certitude sur l'homme vivant. Si on opère l'enfant de bonne heure, la fente alvéolaire se comble presque complètement en quelques années, et sa place reste marquée par une dépression. Là se développent très habituellement des dents surnuméraires, dont il est impossible de dire s'il s'agit d'incisives ou de canines ».

Puis, au congrès de Copenhague, en 1884, ce fut le tour de His de venir contredire aux assertions embryologiques d'Albrecht : le bourgeon nasal externe n'a rien à voir avec la formation de la lèvre supérieure. Cela fut repris par Stöhr (1) qui, tout en reconnaissant l'exactitude du fait avancé par Albrecht, le siège habituel de la fissure entre les deux incisives, croit que les conclusions « ne tiennent guère sur leurs pieds ». « Le fait découvert par Albrecht est purement tératologique et doit être considéré comme n'ayant aucun rapport

(1) *Compte rendu du mémoire d'Albrecht*, in *Fortschritte der Medicin*, 1er mars 1885, n° 5, p. 141.

avec l'histoire normale du développement », et la suture endo-mésognathique est un simple sillon vasculaire. Tout cela fut affirmé à nouveau par His (1), tandis que, dans plusieurs articles successifs, Kœlliker et Albrecht maintenaient chacun leur opinion.

En 1885, F. Gotthelf publia la statistique des becs-de-lièvre opérés en l'espace de six ans à la clinique de Czerny (2). Quatorze fois les dents sont étudiées : le siège est trois fois classique ; quatre fois, il donne raison à Albrecht ; sept fois la fissure passe entre l'incisive médiane et la canine, l'incisive latérale étant absente. Sans doute, la théorie d'Albrecht est séduisante, mais les explications de Th. Kœlliker sont tout aussi bonnes, et Gotthelf penche vers elles, tout en pensant que la suture endo-mésognathique est une vraie suture et non un sillon ; que l'ossification de chaque intermaxillaire se fait par deux points séparés (Autenrieth, Leuckart, H. von Meyer).

En 1886, enfin, Trendelenburg consacra un article classique à la description des vices de conformation de la face (3), et lui aussi trouva que la théorie d'Albrecht n'est pas impeccable. La fissure entre la canine et l'incisive latérale existe : il en a vu récemment un exemple typique, et Th. Kœlliker vient d'en publier un autre (4).

Pourquoi ne pas expliquer les autres cas par de simples productions supplémentaires, irrégulières. Si Albrecht avait raison, la fissure stomato-orbitaire devrait toujours passer

---

(1) W. His. *Vogelschnabel und Säugethierlippe*, in *Fortschritte der Medicin*, 1885, p. 492.

(2) F. Gotthelf. *Die Hasenscharten der Heidelberger Klinik*, 1877-1883, *mit besondere Berücksichtigung der Mortalitätsstätistik und einem Beitrage zur Odontologie*, in *Arch. f. Klin. chir.*, 1885, t. XXXII, p. 353 et 573.

(3) Trendelenburg. *Verletzungen und chirurg. Krankheiten des Gesihts* in *Deutsche Chirurgie von Billroth und Lücke*. Livr. 33 ; 1re moitié ; p. 1, 1886.

(4) Th. Kœlliker. *Zur Odontologie der Kieferspalte bei der Haesscharte*, in *Biol. centralbl.*, 15 août 1885, Bd. V, p. 371.

entre l'incisive latérale et la canine. Or, dans une observation d'Hasselmanns elle était interincisive. Il ne faut donc pas chercher à tout concilier en une théorie, et le plus vraisemblable est de se rallier à celle de Kœlliker, en faisant la part d'irrégularités dont nous ne saurions nous rendre un compte exact.

Tel est l'état actuel de la question en Allemagne. On le voit, Stöhr est à peu près seul à ne pas contester le fait avancé par Albrecht : le siège ordinaire entre deux incisives. Les autres, non seulement s'élèvent contre la théorie, mais encore maintiennent que, dans la plupart des cas, la fissure passe entre l'incisive et la canine ; si l'on joint à cela le désaccord sur la valeur morphologique de ce qu'Albrecht appelle la suture endo-mésognathique, on trouvera peut-être qu'il n'est pas inutile de soumettre ces différents points à une étude nouvelle. C'est ce que j'ai cherché à faire dans plusieurs communications à la Société anatomique, et je désire résumer ici l'ensemble de ces recherches. D'ailleurs, cette question est encore peu connue en France, au moins si l'on en juge par les quelques lignes que lui consacrent Quénu (1) et Princeteau (2) dans leurs récentes thèses d'agrégation.

III. — EXAMEN DES FAITS

L'exposé précédent prouve que plusieurs points sont en litige. Ils concernent l'anatomie normale, la tératologie, l'embryologie.

En *anatomie normale* : Quelle est la valeur morphologique de ce qu'Albrecht appelle suture endo-mésognathique ?

En *tératologie* : Quel est le siège exact de la fissure alvéolaire du bec-de-lièvre vulgaire ; est-il possible de trouver une

(1) E. QUÉNU. *Des arcs branchiaux chez l'homme*. Th. agr. an. et phys., 1886, p. 30, note.

(2) PRINCETEAU. *Progrès de la tératologie depuis Geoffroy Saint-Hilaire*. Th. agr. an. et phys., 1886, p. 62.

loi générale pour les anomalies dentaires qui accompagnent souvent ce vice de conformation ?

En *embryologie* : Quelle est la limite exacte du bourgeon nasal externe ; comment les faits normaux expliquent-ils les faits tératologiques ?

§ 1. — Détails anatomiques sur l'os intermaxillaire.

Si l'on veut ramener l'os intermaxillaire à sa forme la plus simple, on n'a qu'à examiner la mâchoire supérieure des ruminants. Ces animaux, en effet, sont privés d'incisives supérieures et ont, dès lors, un intermaxillaire où un arc osseux très grêle, dépourvu de tout alvéole, qui prolonge en avant l'arcade dentaire et la rend continue par son contact avec celui du côté opposé. En arrière, juste devant la canine, cet arc osseux se courbe pour se continuer avec une apophyse nasale qui, oblique en haut et en arrière, remonte le long de la branche montante du maxillaire proprement dit, jusqu'au contact de l'os propre du nez. Il se coude aussi à son extrémité antérieure, mais en restant dans le plan horizontal : une tige grêle antéro-postérieure, au contact de celle du côté opposé, se porte vers l'extrémité antérieure de la suture palatine médiane et là, par une pointe assez aiguë, repose sur la lame palatine du sus-maxillaire correspondant. De là résulte qu'à la partie antérieure de la voûte palatine existe de chaque côté un vaste orifice, plus large en arrière qu'en avant. Il est limité en dedans par l'*apophyse palatine* de l'intermaxillaire ; en avant et en dehors par l'*arcade alvéolaire atrophiée* de ce même os ; en arrière par la majeure partie du bord antérieur de la lame horizontale ou palatine du sus-maxillaire. Ces deux orifices sont les deux *trous palatins antérieurs*, qui atteignent ici leurs dimensions maxima, grâce à la réduction au minimum *du corps de l'intermaxillaire*, c'est-à-dire de la partie alvéolaire.

Si l'on étudie l'intermaxillaire dans la série animale, on voit que, dans presque toutes les espèces, la forme typique

reste la même. Mais le corps prend un volume considérable, en sorte que l'orifice se rétrécit assez souvent; d'autre part, la pointe de l'apophyse palatine est parfois presque au contact de l'extrémité postéro-externe du corps. Mais toujours il y a deux trous palatins antérieurs, séparés l'un de l'autre par l'apophyse palatine des deux intermaxillaires.

Passons maintenant à la série des primates. L'apophyse palatine y existe toujours; son bord supérieur, très net, forme avec celui du côté opposé une gouttière en V qui reçoit la pointe du vomer et l'extrémité de la cloison nasale; mais son bord inférieur n'atteint pas toujours le plan horizontal de la voûte palatine; il part du bord alvéolaire et de là se porte, oblique en haut et en arrière, de façon à aller reposer par sa pointe sur la lame horizontale du maxillaire correspondant.

Ces quelques recherches, que j'ai pu entreprendre dans les galeries d'anatomie comparée du Muséum, grâce à l'obligeance de M. Pouchet, professeur, de M. Beauregard, aide naturaliste, et de M. Vistot, préparateur, ces quelques recherches m'ont fait douter de la disposition attribuée à l'homme par M. Sappey (1). « La face interne de l'intermaxillaire, inégale et rugueuse, s'articule avec celle de l'os incisif du côté opposé; on y remarque, en arrière, la gouttière qui concourt à former le conduit palatin antérieur, gouttière creusée en partie sur le point incisif, en partie sur le point palatin (du maxillaire supérieur), d'où il suit que le conduit palatin antérieur est le résultat de la conjugaison de quatre points d'ossification, deux droits et deux gauches ».

Ainsi, l'homme aurait là un caractère bien spécial : seul, il posséderait un trou palatin antérieur unique. Au reste, il est classique d'appeler ce conduit, *canal en Y* : un canal unique en bas s'ouvrirait en haut de chaque côté du septum nasal. Cette description est fausse, et chaque massif maxillaire supérieur porte un trou palatin antérieur distinct et

(1) Ph. C. Sappey. In Traité d'anat. descr., 1876, t. I, p. 215.

bien fermé : l'apophyse palatine existe parfaitement et c'est seulement par sa facture que l'on crée la gouttière dont parle le professeur Sappey. J'ai préparé plusieurs mâchoires de fœtus à terme sur lesquelles cela est tout à fait évident. Ces apophyses palatines sont deux minces lames verticales qui se touchent sur la ligne médiane et se soudent ensemble avec rapidité : de là leur fracture ordinaire quand on sépare l'un de l'autre les deux maxillaires supérieurs. En haut, elles divergent de façon à former une gouttière en V dont la partie postérieure reçoit la pointe de la gouttière vomérienne ; dont la partie antérieure reçoit la cloison des fosses nasales et va finalement aboutir à l'épine nasale antérieure, elle aussi formée par la coalescence de deux pointes. Sur le plancher des fosses nasales, de chaque côté de cette lame osseuse, ou plutôt contre la face externe de chacune de ces lames osseuses, on voit un trou, le trou palatin antérieur, oblique en bas et en avant, qui en bas se réunit, si l'on veut, à celui du côté opposé, parce que l'apophyse palatine de l'intermaxillaire ne descend pas en arrière jusqu'au niveau de la voûte palatine.

L'apophyse nasale de l'intermaxillaire humain a été niée par Alix (1). Son existence est aujourd'hui hors de doute : Hamy a fort bien fait voir que cette apophyse est aussi nette que possible sur la tête d'un petit monstre déposé par Serres dans les galeries de tératologie du Muséum (2). Il a encore montré son évolution dans l'embryon normal (*loc. cit.*, p. 30). Déjà, en 1779, Vicq-d'Azyr avait vu, sur un adulte, la suture palatine persister et même remonter le long de la branche montante (3). J'ai trouvé cette apophyse isolée avec une grande netteté sur un crâne de bec-de-lièvre (V. obs. IX). Il est à remarquer que la face externe est peu visible, cachée qu'elle est par le biseau taillé sur la face interne de la branche montante. Cette apophyse nasale est donc accessible par

---

(1) Voy. Hamy. *Thèse citée*, p. 72.

(2) Hamy, *loc, cit.*, p. 71.

(3) Vicq d'Azyr. *Observ. anat.*, etc. in *Mém. Acad. sc.*, 1780, p. 489 et pl. VII.

les fosses nasales, et à peine par la face externe : c'est intéressant, car le biseau inverse s'observe chez le veau, où l'apophyse nasale a une face externe totalement libre et une face interne presque totalement articulaire. Je noterai encore que le sommet reste fort éloigné de l'extrémité inférieure de l'os nasal correspondant.

Reste enfin le corps de l'intermaxillaire : c'est lui qui porte les dents incisives, en nombre variable suivant les animaux. Il n'y en a pas chez les ruminants ; il y en a une chez la plupart des rongeurs, mais il y en a deux, une antérieure et une postérieure chez le lièvre et le lapin; les primates, hommes et singes, en ont deux ; le cheval, les carnassiers en ont trois ; certains marsupiaux en ont quatre et d'autres jusqu'à cinq (Peramelles, Didelphys).

Quelle est maintenant la marche de l'ossification dans chaque intermaxillaire ? Pour Kœlliker fils, il n'y qu'un seul

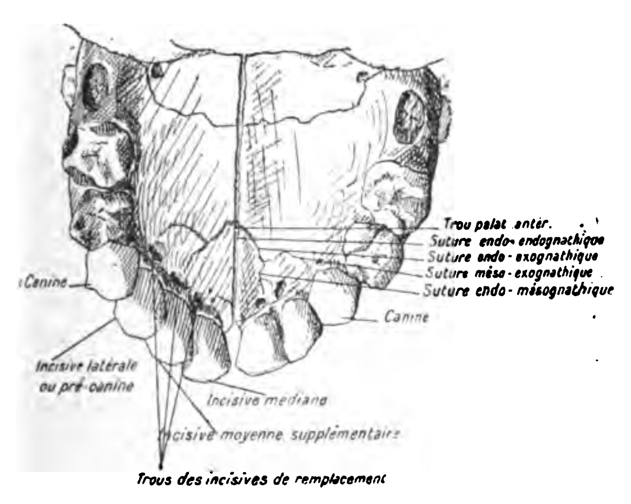


Fig. 6. — La double suture incisive. (Chez un sujet doué d'une incisive supplémentaire.)

point de chaque côté ; pour Autenrieth, pour Leuckart, pour Albrecht, il y en a deux ; pour Sœmmering, Hamy, les deux

cas sont possibles. Entre ces trois opinions, où est la vérité? Déjà, malgré Kœlliker, la duplicité primitive gagne du terrain, car elle est affirmée par H. von Meyer (1884), par Gotthelf (1885), par Morian (1886). Je n'ai pas étudié la question au point de vue des germes osseux, de leur apparition, de leur position : je n'en parlerai donc pas. Mais, avec Albrecht et contre Th. Kœlliker, je pense qu'il faut attribuer une grande importance aux sutures que l'on observe à la voûte palatine. J'ai déjà nommé et décrit ces sutures d'après la nomenclature d'Albrecht. Cet auteur dit en avoir constaté les restes chez l'enfant sur les 7/8 des crânes. Je confirme absolument cette assertion. En effet, aux 4 crânes dont j'ai entretenu la Société anatomique il y a quelques mois (1), j'en ai ajouté depuis 5 autres provenant de fœtus à terme et de nouveau-nés. Sur ces neuf squelettes normaux, deux fois seulement je n'ai pas constaté la bifurcation annoncée par Albrecht. Quatre fois, dont trois, sur des fœtus ou nouveau-nés, la suture endo-mésognathique régnait jusqu'au niveau de l'arcade alvéolaire, ou à peu près, et était bien visible à la voûte palatine avant disjonction des maxillaires. Mais trois fois il n'en était pas ainsi, et le trait de la suture n'était visible que dans le fond du canal palatin antérieur. C'est peut-être pour avoir négligé cette recherche que Th. Kœlliker n'a trouvé la double suture que 5 fois sur 13 crânes. J'ajouterai que, sur deux de mes pièces, cette suture est fort nette sur le plancher des fosses nasales : la bifurcation a lieu vers la base de la branche montante.

Mais quelle est la valeur morphologique de cette suture? Malgré Th. Kœlliker, il n'y a aucune ressemblance entre ces fentes unies, profondes, à siège constant et les dépressions insignifiantes dont les artères-palatines postérieures marquent leur passage. Au reste, Turner est de cet avis : « En règle générale, sur mes pièces, la fissure intra-inci-

---

(1) A. Broca. *Sur le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure*, in *Bull. Soc. an.*, 1887, 5ᵉ série, t. I, p. 255.

sive ne part pas du trou palatin, mais d'un point déterminé de la suture incisive. Elle a les mêmes caractères que la suture incisive, avec laquelle elle se continue. Autant qu'on peut en juger par les similitudes d'apparence, si la suture incisive est une suture, ce que tout le monde admet, la fissure intra-incisive est également une suture » (1).

Mais voici venir une objection en apparence des plus sérieuses. L'intermaxillaire est un os dont l'individualisation diminue chez l'homme. Si donc on voit les sutures classiques persister plus longtemps quand on descend l'échelle des êtres, de même, pour accorder au double point d'ossification une valeur morphologique réelle, il faudrait montrer un animal chez lequel les quatre intermaxillaires existassent pendant toute la vie, ou au moins pendant une bonne partie de la vie, sous forme de quatre os bien distincts. Il serait bizarre que les sutures endo-exognathique et méso-exognathique eussent tendance à s'effacer, tandis que la méso-exognathique a tendance à s'affirmer. Ainsi le point d'ossification double de l'os malaire, les fissures que cet os présente parfois, voilà qui a de l'importance morphologique, car ces pièces multiples sont normales chez les sauriens, chez les amphibiens. Or, il faut bien reconnaître que la double suture ne se voit pas sur les crânes de vertébrés conservés dans nos musées.

On pourrait d'abord répondre à cela avec les faits observés par Albrecht dans la mâchoire supérieure de l'ornithorynque (2). Chez cet animal, les intermaxillaires (réduits à une sorte de baguette dépourvue de dents), ne se touchent pas sur la ligne médiane ; et, fort en arrière de leur extrémité antérieure est, sur la ligne médiane du palais, un os impair

---

(1) W. TURNER. *The relations of the alveolar form of cleft palate to the, incisor teeth and the intermaxillary bone*, in *Journ of Anat. and Phys.* London, 1884-1885, t. XIX, p. 212.

(2) P. ALBRECHT. *Sur la fente maxillaire double sous-muqueuse et les quatre os intermaxillaires de l'ornithorynque adulte normal*. Commun. à la *Soc. d'anat. path.* de Bruxelles, 25 nov. 1883.

flanqué de chaque côté par l'artère palatine antérieure. Cet *os paradoxe* (Albrecht) a déjà été considéré par Rudolphi comme un intermaxillaire : d'après Albrecht, sa position entre les artères palatines est une preuve qu'il se forme par la soudure des deux intermaxillaires internes. Ce qu'on appelle classiquement l'intermaxillaire de l'ornithorynque est constitué par le seul intermaxillaire externe.

Cette homologie, que Turner admet, est déjà une réponse valable à l'objection précédente. D'autre part, il ne faut pas abuser de la persistance prolongée des sutures à mesure qu'on descend dans l'échelle des êtres. Si l'on accordait à cet argument une valeur réelle, l'homme risquerait fort, de par les sutures faciales, d'être obligé à se ranger derrière bien des singes. Chez les gibbons un peu âgés, en effet, toutes les sutures de la face s'effaçent, ce qui n'a pas lieu chez l'homme. A un degré moindre, on voit toute démarcation devenir bien vite inappréciable entre les deux os propres du nez chez tous les anthropoïdes, les semnopithèques, les cercopithèques, les macaques, alors que, tout comme chez l'homme, ces deux pièces osseuses restent constamment distinctes chez les hurleurs, bien inférieurs cependant aux anthropoïdes. Quant à l'intermaxillaire en particulier, on doit avouer que ses limites sont, en général, plus nettes chez les singes que chez l'homme ; l'apophyse nasale reste visible jusqu'à un âge avancé. Mais cela devient faux si l'on considère le chimpanzé : là, non seulement les autres sutures faciales s'oblitèrent vite, mais encore chez l'adulte la démarcation de l'intermaxillaire devient vite inappréciable ; mais encore bien souvent avant la fin de la première dentition la suture palatine est soudée dans sa moitié externe, la suture maxillo-nasale étant absolument effacée ; mais même sur un jeune sujet, n'ayant encore aucune dent, j'ai vu l'état précédent presque entièrement réalisé (Muséum d'histoire naturelle. Galeries d'anatomie comparée. Pièce A. 537) (1).

(1) Ces faits, que je n'indique ici que sommairement, ont été étudiés en

A cela il faut ajouter que les musées ne nous fournissent que peu de pièces favorables à l'étude qui m'occupe en ce moment. Les fœtus de singe ne sont pas chose fréquente; et puis, les crânes de fœtus ne sont pas d'une préparation et d'une conservation faciles si l'on veut les débarrasser de leurs parties molles. Je conclurai donc que l'absence de la double suture incisive chez les singes que j'ai pu examiner n'est nullement un argument contre la valeur morphologique de cette suture chez l'homme.

§ 2. — Dissections de becs-de-lièvre.

Avant d'entreprendre aucune explication théorique, il est indispensable d'exposer simplement les faits. Les observations suivantes comprennent toutes celles que j'ai pu recueillir depuis environ dix-huit mois (1). Celles qui ont été déjà publiées dans les Bulletins de la Société anatomique seront données en abrégé, avec les dessins correspondants. De même pour plusieurs pièces que j'ai communiquées à mon maître et ami F. Brun, pour une présentation à la Société de chirurgie. Je ne donnerai *in extenso* que les observations inédites et celles que j'ai fait insérer par M. Rossi dans sa thèse (2). Je les diviserai en trois catégories suivant que l'incisive précanine est présente, absente ou inconnue dans le sus-maxillaire.

---

vue d'un mémoire sur l'anatomie comparée de l'intermaxillaire et les connexions de cet os avec les os du nez et ceux du crâne. Cette rapidité de la soudure chez certains singes et spécialement chez le chimpanzé est déjà signalée par Tyson, Fischer, Bischoff, Vogt, etc. Voy. HAMY. Th. citée, p. 46.

(1) Si j'ai pu réunir de nombreuses observations, je le dois à MM. Brouardel, Cornil et Gombault, grâce auxquels j'ai pu disséquer des pièces du musée Dupuytren. Puis, M. Pinard a bien voulu mettre à ma disposition toutes les pièces du musée de la Clinique d'accouchements. M. Gillet, interne à l'hôpital des Enfants-Assistés a eu l'obligeance de me faire parvenir cinq squelettes. Je remercierai encore MM. Varnier, Ruault, Hamy.

(2) J. ROSSI. *Etude sur les relations du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure*. Th. Paris, 1886-87, n° 302.

A. — Incisive précanine présente. Denture normale.

1° *Becs-de-lièvre bilatéraux. — Tubercules à deux incisives.*

OBS. I. — Bec-de-lièvre n° 1 du MUSÉE DU LABORATOIRE D'ANTHROPOLOGIE. (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 259.) — La fente alvéolo-palatine est bilatérale; en avant, la cloison est fortement convexe à gauche. Le *tubercule médian*, fortement saillant, ne porte que

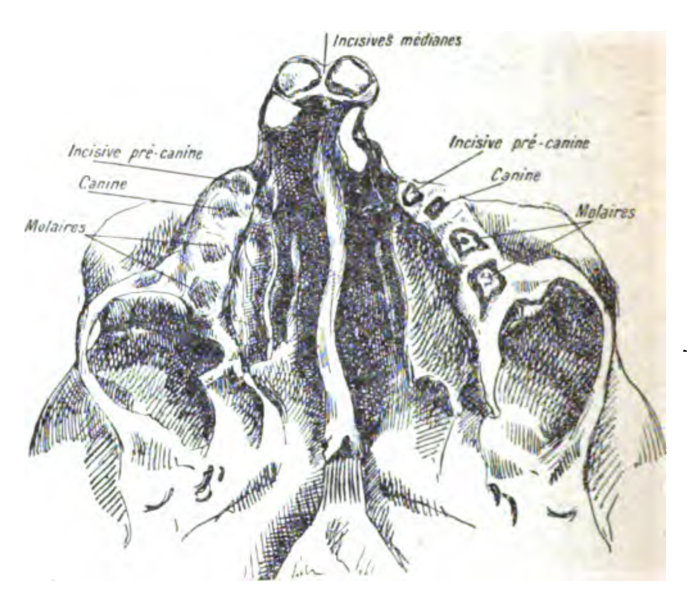


FIG. 7. — Musée d'anthropologie, n° 1.

deux incisives qui se rencontrent suivant un angle obtus ouvert en arrière; la cloison nasale tombe entre elles. *Les arcades dentaires postérieures* renferment deux molaires, la canine et une incisive. Aucune suture à la voûte palatine.

OBS. II. — MUSÉE DUPUYTREN. Pièce n° 17. Prof. Béclard, 1823. Squelette portant une fissure alvéolo-palatine bilatérale. Le *catalogue* d'Houel (t. IV, p. 195), annonce que « le *tubercule médian* porte les quatre incisives ». A la dissection (*Bull. Soc. an.*, 1887,

p. 328), *on n'y trouve que deux incisives.* — Les *arcades dentaires postérieures* contiennent deux molaires, une canine, une

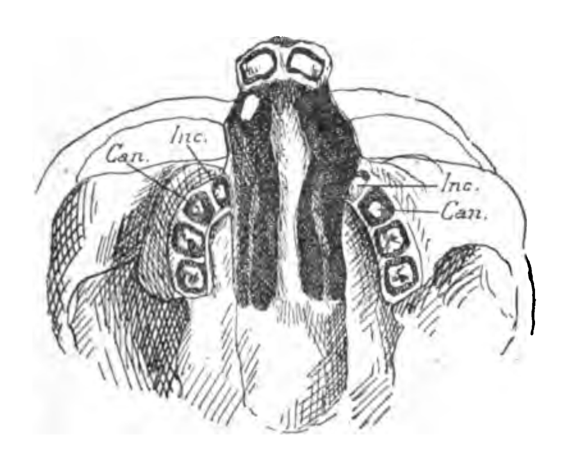


Fig. 8. — Musée Dupuytren, n° 17.

incisive. La cloison a un bord inférieur épais, convexe à gauche dans son 1/4 antérieur.

Obs. III. — (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 334.) Moule en cire déposé par A. Dubois en 1800 au Musée Dupuytren (pièce n° 7). — Des deux côtés la narine est ouverte. Le catalogue d'Houel (t. IV, p. 192) mentionne que « le *tubercule médian* osseux donne insertion aux deux incisives médianes ». Il faut ajouter que, sur le bord postéro-externe de la fissure, le mouleur a représenté l'incisive latérale, parfaitement caractérisée par sa forme. Derrière elle on voit la pointe de la canine.

Obs. IV. — (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 393.) Moule appartenant à M. Magitot. — C'est un surmoulage d'une pièce du musée odontologique de Londres ; il provient d'un sujet âgé de 5 ans. Le dessin en est publié par M. Magitot, dans son *Traité des anomalies dentaires chez l'homme et chez les mammifères* (Paris, G. Masson, 1877, p. 127, pl. VIII, fig. 4), à propos des anomalies par hétérotopie.

2° *Fissure unilatérale entre l'incisive médiane et la latérale.*

Obs. V. — Bec-de-lièvre, n° 2 du Musée du laboratoire d'anthropologie. (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 261.) Squelette de tête. — La fissure est limitée à gauche par la lame horizontale, rétrécie, du maxillaire supérieur et du palatin; à droite, par un rebord osseux tranchant, horizontal, le bord inférieur du vomer, qui dépasse un peu la face correspondante de la cloison nasale. A droite, la voûte

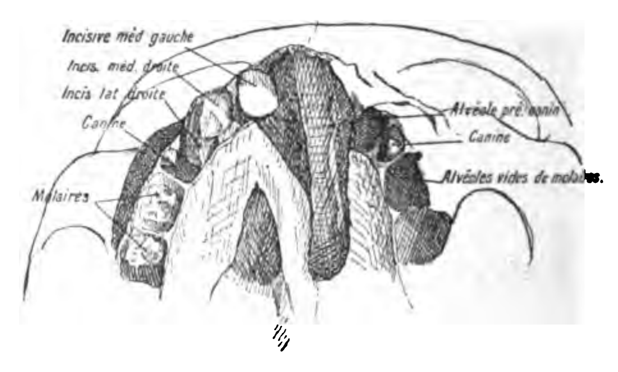


Fig. 9. — Musée d'anthropologie, n° 2.

existe en avant, mais non en arrière, où il y a un large orifice triangulaire (était-ce comblé pendant la vie par une fibro-muqueuse?). Vers le sommet, le bord interne (vomer), s'incurve en avant et en dehors et va s'unir à la lame horizontale du maxillaire. En ce point commence une petite suture qui va entre l'incisive moyenne et l'incisive latérale droites.

Arcades dentaires. — a. *A gauche.* En avant des alvéoles vides des molaires existe la canine, dans son alvéole; en avant est un alvéole vide (incisive précanine). b. *A droite* les dents ne sont pas tombées et sont : deux molaires, la canine, trois incisives, dont la dernière regarde par sa face convexe la suture qu'elle borde. La cloison des fosses nasales tombe entre cet alvéole (incisive médiane gauche) et le précédent (incisive médiane droite).

Obs. VI. — Musée Dupuytren. *Pièce* n° 3 A. Prof. Trélat. 1865.

Squelette. Description par Houel (*Catal. du Mus. Dup.*, t. IV, p. 190). Voy. *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 330. — La fissure siège à droite et la fente palatine est unilatérale; il y a seulement, en arrière, une perte de substance triangulaire à gauche (était-ce comblé ?). Toutes les dents sont tombées et on trouve : a. *A droite*,



FIG. 10. — Musée Dupuytren, n° 3ᴬ.

quatre alvéoles qui par leur position et leur forme sont sûrement ceux des deux molaires, de la canine et d'une incisive. b. *A gauche*, on trouve les alvéoles des deux molaires (la couronne de la 2e est encore en place); celui de la canine, puis quatre alvéoles dont le plus postérieur est aplati (incisive latérale gauche), le moyen est divisé par une crête parallèle au rebord alvéolaire (incisive médiane gauche et incisive supplémentaire ?). Celui qui borde la fissure est fracturé (incisive médiane droite).

OBS. VII. — MUSÉE DUPUYTREN. *Pièce* n° 5. Moule en cire déposé par Ant. Dubois (1799). Le catalogue annonce que, la fissure siégeant à gauche, les deux incisives et la canine gauche manquent (Houel, t. IV, p. 191). En réalité, le mouleur a parfaitement représenté sur la lèvre postéro-externe de la fissure une couronne crénelée et tranchante (incisive latérale gauche) et une pointue située plus loin (canine). Sur la lèvre interne, il y a un petit mamelon contre l'incisive médiane droite : c'est probablement l'alvéole atrophié, non osseux, de l'incisive médiane gauche (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 363).

OBS. VIII. — Bec-de-lièvre, n° 4, DU MUSÉE DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS (pièce communiquée à Rossi. Obs. IV).

Les os propres du nez manquent, mais si l'on compare la largeur des apophyses montantes du maxillaire à celle de la partie dentelée du frontal, on demeure convaincu qu'il s'agit d'une perte accidentelle. *A la voûte palatine* existe une fissure rectangulaire, unilatérale gauche, large de six millim.; elle est limitée en dehors par la lame horizontale du maxillaire et du palatin; en dedans par le bord gauche du vomer. On remarque que, de ce côté, la cloison nasale tombe exactement sur ce bord osseux : aucune lame horizontale ne la dépasse à gauche. La lame osseuse médiane que forme le vomer est cependant un rectangle à peu près régulier, large de cinq millim., formé d'une mince lame horizontale qui dépasse à droite le plan vertical de la cloison nasale.

Cette lame répond au bord interne de la lame horizontale du palatin, du maxillaire et de l'intermaxillaire. Elle est située à 1 ou 2 millim. au-dessus du plan horizontal formé par ces os et est séparée de leur bord par une suture qui règne sur toute la longueur de la voûte. La jonction de la partie maxillaire et intermaxillaire présente un système de sutures qui sera étudié dans un instant.

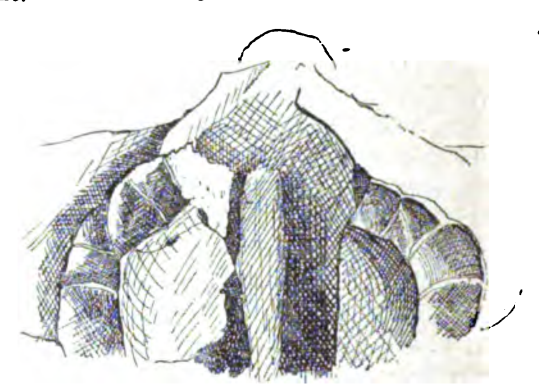


Fig. 11. — Clinique d'accouchements, n° 4.

Etude des arcades alvéolaires. — Toutes les dents sont tombées, mais les cloisons inter-alvéolaires existent à l'état de croissants assez marqués et permettent de compter les alvéoles suivants :

a. — A gauche, on trouve, d'arrière en avant : 1° un alvéole très spacieux, rectangulaire, situé derrière l'orifice de l'arcade

zygomatique (2e molaire); 2° un alvéole rectangulaire beaucoup plus petit, situé en avant de l'arcade (1re molaire); 3° un alvéole à fond globuleux situé sous le trou sous-orbitaire, à base triangulaire, à sommet interne (canine); 4° un alvéole aplati bordant la fissure (incisive précanine).

b. — A droite, 1° et 2° les alvéoles des deux molaires, symétriques de ceux de gauche; 3° l'alvéole de la canine, identique à celui du côté opposé; 4° en avant de lui est un alvéole triangulaire à sommet externe (incisive précanine droite); 5° en avant, encore, est un alvéole aplati (incisive médiane droite); 6° entre cet alvéole et la fissure existe un rebord osseux fracturé où il est bien probable qu'il existait un alvéole (incisive médiane gauche).

Cette nomenclature est vérifiée par l'étude du système des sutures antérieures. En avant, en effet, l'extrémité du vomer s'engrène, (sur la pièce sèche cette suture est écartée), avec une lame mince, contournée, qui se porte en avant vers le bord alvéolaire et est certainement la lame palatine des intermaxillaires internes, soudés entre eux. A droite de cette lame est une suture qui la sépare de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et qui, après un trajet de 3 millim., aboutit à un petit trou, évidemment le trou palatin antérieur droit, car, comme cela est la règle, la lame palatine par laquelle les intermaxillaires internes se touchent, est hypertrophiée, et, dès lors, les trous palatins antérieurs sont séparés, celui de gauche étant ouvert par la fissure et celui de droite étant bien fermé. Du trou palatin antérieur droit part une suture transversale, un peu concave en avant, qui va entre le 3e et le 4e alvéoles (canine et incisive précanine droites). C'est la suture incisive classique, avec ses deux portions endo-exognathique et méso-exognathique.

La limite entre les deux portions est marquée ici, car on voit la suture incisive se brancher en Y et envoyer une branche antérieure entre le 4e et le 5e alvéoles (incisive précanine et incisive médiane droites).

Obs. IX.— (inédite). *Bec-de-lièvre complexe unilatéral droit, entre les deux incisives. Atrophie de l'incisive latérale droite* (Pièce donnée par M. Gillet, interne à l'hospice des Enfants Assistés).

Enfant né avec un bec-de-lièvre complexe unilatéral droit et

ayant vécu quelques semaines, à l'hospice des Enfants-Assistés. La fissure labiale remonte jusque dans la narine. Son bord gauche est libre; un peu en dedans de lui existe le frein, que l'on voit s'insérer verticalement sur la gencive et les reliefs de cette gencive permettent déjà d'affirmer qu'à droite du frein il n'existe qu'une seule dent. A la *dissection des arcades alvéolaires*, on trouve :

a. A gauche : 1° et 2° les deux molaires, l'une en avant et l'autre en arrière de la racine de l'arcade zygomatique ; 3° la canine; 4° 5° et 6°, trois incisives. Les sutures, étudiées dans un instant, démontrent de la façon la plus nette qu'il s'agit des deux incisives gauches et de l'incisive latérale droite.

b. A droite : 1° et 2° les deux molaires ; 3° la canine ; 4° l'alvéole de la canine se termine en dedans par une lame arrondie et là cesse le rebord alvéolaire. Mais en dedans, la gencive présente, contre la fissure, un petit tubercule exclusivement formé de parties molles, au centre desquelles est une couronne dentaire pointue, atrophiée, mais d'une existence indiscutable : c'est certainement l'incisive précanine mal développée.

La fissure palatine est bilatérale, la fissure alvéolaire étant unilatérale. Le vomer est de longueur et d'épaisseur normales, et en avant il s'articule avec une lame osseuse horizontale, oblique en avant et à gauche. Cette lame osseuse est formée par l'union des lames palatines hypertrophiées des deux intermaxillaires internes. Une suture antéro-postérieure la divise en effet en deux parties, dont la droite est la plus épaisse. On suit très bien cette suture au bord alvéolaire ; là elle passe entre la dernière et l'avant-dernière incisives. Dans les fosses nasales, elle se change en une véritable gouttière en forme de V qui prolonge celle du vomer et reçoit comme elle l'insertion du septum nasal.

Entre ce pédicule et l'alvéole de la dernière incisive existe une gouttière, vestige du trou palatin antérieur droit. Cet alvéole est donc bien constitué par l'intermaxillaire interne droit.

A gauche, la suture inter-incisive n'est pas visible. Mais la suture latérale est très nette à la voûte palatine (partie méso-exognathique). De la voûte palatine, on la voit remonter dans les fosses nasales sur la paroi externe desquelles elle est visible dans toute son étendue, jusqu'au niveau du sommet de l'apophyse nasale de l'intermaxillaire. Ce sommet reste fort éloigné de l'extrémité inférieure de l'os propre du nez correspondant. Près du sommet, la

suture incisive est visible à la face externe de la branche montante; mais elle disparait au bord alvéolaire.

Il y a un retard manifeste dans l'ossification du frontal. Les deux moitiés de cet os se touchent sur une longueur de 2 cent. environ au-dessus des os nasaux. Puis, au-dessus de ce point, il existe entre eux un écartement rectangulaire large de 1 cent. qui prolonge jusque-là la fontanelle antérieure. Celle-ci, large de 47 millim., a ainsi 52 millim. de long.

Obs. X. — Musée Dupuytren, n° 3 (Prof. Breschet). Squelette, Description par Houel, in *Catal. du mus. Dup.* t. IV, p. 190. Dissection des dents, in *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 325. Fissure unilatérale gauche, totale. Le septum nasal est très déjeté à droite ; l'échancrure piriforme est très déformée (bord gauche presque horizontal). La voûte palatine existe en avant et à droite, mais en arrière elle

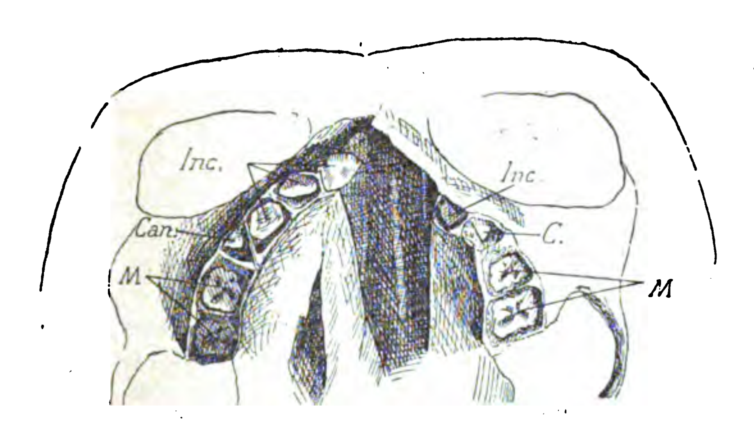


Fig. 12. — Musée Dupuytren, n° 3.

manque (était-ce comblé ?). Du sommet de ce triangle part une suture oblique en avant et un peu à droite, qui se rend entre les deux premiers alvéoles du bord droit. Évidemment, c'est la suture endo-endognathique. En avant de ce point, la fissure gauche est bordée à droite par une mince lame en V (apophyse palatine de l'intermaxillaire interne gauche).

Système dentaire. — *a. A gauche,* les deux molaires, la canine, une incisive; *b. à droite* deux molaires, une canine, trois incisives.

Obs. XI. — Pièce donnée par M. Gillet, interne à l'hôpital des Enfants Assistés (Brun, *Soc. chir.*, juillet 1887). La fissure siège à gauche ; les dents et alvéoles prouvent nettement qu'elle passe entre les incisives médiane et latérale gauches. *A droite*, une suture antéro-postérieure sépare le vomer du maxillaire. En avant on voit la suture endo-endognathique et la suture incisive classique.

Obs. XII (inédite). — *Malformations cranio-cérébrales : encéphalocèle frontale gauche ; bec-de-lièvre complexe droit. A gauche, perforation ouvrant la narine et l'aile du nez. Amputation congénitale.*

Cette pièce provient d'un jeune arabe ; je la dois à l'obligeance de mon ami le Dr Ruault. En l'examinant fraîche, on voit tout d'abord que le vertex forme une saillie très considérable au-dessus du plan des orbites. La palpation prouve immédiatement que l'encéphale n'est recouvert là que de parties molles ; le sommet du dôme a bien les caractères de la peau, mais les cheveux s'arrêtent en couronne à peu près à mi-hauteur. Au-dessus de l'orbite gauche et de la racine du nez, entre ces deux régions, on voit un prolongement antéro-postérieur long de 3 centimètres, en forme de cône mousse dont la base a 2 à 3 cent. de diamètre. En tendant le cuir chevelu sur la ligne médiane, on tombe dans la cavité crânienne ; l'encéphale est trop diffluent pour que l'étude en soit possible. On voit que la calotte crânienne n'est formée que par l'adossement de la peau et de la dure-mère. Les os s'arrêtent suivant un cercle assez régulier situé à trois centimètres environ au-dessus de la base du crâne. En introduisant le doigt en avant, à gauche de la ligne médiane, on entre dans la poche déjà décrite vers la racine du nez. On voit que la dure-mère tapisse cette poche et que la pie-mère s'y enfonce en un diverticule dont le sommet est adhérent. D'après cela, il est plus que probable que le cerveau s'engageait dans cette poche qui dès lors est une encéphalocèle.

L'état exact du squelette crânien sera étudié ultérieurement. Je ne m'occuperai plus pour le moment que de l'état de la face.

L'oreille, la joue, le maxillaire inférieur, la langue sont normaux.

La lèvre supérieure présente, à droite, un bec-de-lièvre com-

plexe ouvrant la narine. Le frein de la lèvre existe et on le voit, à gauche, s'insérer sur une ligne séparant le dernier et l'avant-dernier alvéoles, dont la gencive dessine les contours. Cela déjà permet d'affirmer que l'incisive médiane droite seule est restée sur la longue portion de l'arcade alvéolaire.

La fente palatine est unilatérale droite; elle est beaucoup plus large en avant qu'en arrière. Sous la gencive et la muqueuse palatine, très épaisses, on voit :

Système dentaire. — a. *A droite* : 1° et 2° deux molaires ; 3° la canine; 4° l'incisive précanine; b. *A gauche* : 1° et 2° deux molaires; 3° la canine, 4°, 5° et 6° trois incisives. Nous avons déjà dit que le frein de la lèvre supérieure tombe en avant entre les deux dernières de ces dents. A la face palatine, on voit passer entre elles une suture (suture endo-endognathique). Au reste, les sutures du vomer, des lames palatines, des os incisifs sont identiques ici à ce qu'elles sont sur la pièce n° 7 (Obs. XXII), du musée de la Clinique d'accouchements, sauf que : 1° le canal palatin antérieur gauche se prolonge en avant par une gouttière très nette et que j'y ai trouvé par la dissection l'artère correspondante; 2° que la suture endo-mésognathique gauche est effacée.

B.— Incisive précanine présente. Dents supplémentaires.

1° *Tubercules médians à quatre incisives.*

Obs. XII.— Musée Dupuytren, pièce n° 14 (Houel, 1848, décrite par Houel, in Catalogue du musée Dupuytren, IV, p. 104). Pièce conservée dans du liquide. Tête d'enfant à terme ; la narine n'est pas ouverte à gauche; la fente palatine est bilatérale et complète. Dans le *tubercule médian* existent d'abord deux incisives régulières, bien symétriques par rapport à la cloison, encore incluses sous la gencive. En outre, descendant moins bas que le reste de la gencive, on voit à chaque bord du tubercule, proéminant dans la fissure correspondante, un petit mamelon mou contenant une incisive atrophiée : il n'y a pas là trace d'alvéole osseux. Les *arcades dentaires postérieures* renferment de chaque côté les deux molaires et la canine; en outre, on trouve les incisives précanines, tranchantes, parallèles à la fissure. A droite il en existe deux.

OBS. XIV (INÉDITE). — Fœtus à terme donné par mon ami Varnier et provenant du service de M. le Dr Pinard. Cet enfant est atteint d'ectopie cardiaque extra-thoracique et d'une énorme hernie cérébrale à droite. Une adhérence amniotique s'insère au

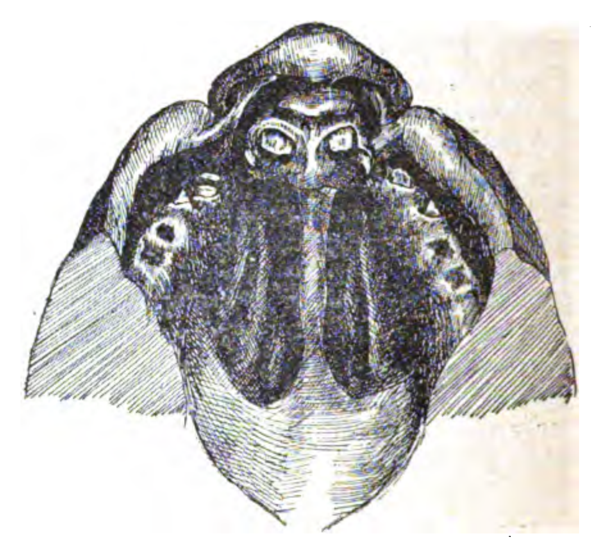


FIG. 13. — Musée Dupuytren, pièce n° 14.

sommet et du cœur et de la hernie cérébrale. Le front est absolument fuyant au-dessus des orbites; le nez est saillant à sa base, aplati à sa pointe. Sous lui existe un bec-de-lièvre bilatéral de la lèvre supérieure. Le tubercule cutané, très petit, est appendu au bout du nez. La narine est fermée, des deux côtés, par un petit pont cutané partant de la jonction de l'aile du nez et de la lèvre externe de la fissure et allant à la base du tubercule charnu. Sous le tubercule charnu existe le tubercule osseux, au moins deux fois plus large et deux fois plus haut, ou plutôt ce n'est pas un vrai ubercule osseux car il n'y a aucune solution de continuité ; mais, au niveau du bord alvéolaire, la partie médiane est mobile sur les parties latérales. La voûte palatine est très creuse mais intacte : le voile du palais n'est pas divisé.

Après rugination de la muqueuse palatine et dissection des gencives, on constate ce qui suit : la voûte palatine, normale en arrière,

se termine en avant par une sorte de demi-cercle concave en avant, au milieu duquel part une sorte de pédicule osseux qui bientôt s'épanouit en un rebord alvéolaire où l'on trouve : 1° deux incisives médianes normalement dirigées ; 2° deux incisives latérales placées de champ, perpendiculairement aux deux premières ; à gauche, tout contre la racine du pédicule, on trouve une couronne pointue.

De chaque côté du demi-cercle antérieur est l'arcade alvéolaire postérieure ; on y trouve : 1° et 2° deux molaires multicuspidées ; 3° la canine pointue ; 4° une incisive précanine dont l'alvéole est uni par une sorte de gangue fibreuse à celui de l'incisive latérale du tubercule médian.

En disséquant la face externe du rebord alvéolaire, on voit qu'en arrière des alvéoles incisifs il y a contact entre toutes ces parties, surtout à droite. Une suture très nette sépare là le tubercule médian des parties postérieures, suture à peu près antéro-postérieure passant entre la 2e et la 3e incisives, entre l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'apophyse interne de l'intermaxillaire. On voit très nettement une saillie médiane formée par le contact de deux apophyses palatines des intermaxillaires, et terminée en haut par une gouttière horizontale où s'insère l'extrémité antérieure de la cloison nasale.

OBS. XV (INÉDITE). — Bec-de-lièvre, n° 5, du MUSÉE DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT.

Cette pièce était constituée par une face séchée, y compris le maxillaire inférieur. Après ramollissement dans l'eau, on peut constater ce qui suit. Des deux côtés, la fente des parois molles entre dans la narine et est prolongée par une fente osseuse alvéolo-palatine. Le vomer est médian, rectiligne, assez épais ; il arrive à peu près au même niveau que les lames palatines des maxillaires. Le tubercule médian est au niveau du nez, fort aplati d'ailleurs ; son pédicule est fracturé à sa jonction avec la pointe du vomer, et il a basculé en haut.

Système dentaire. — En disséquant les gencives on trouve :

1° *Dans le tubercule médian : a.* Deux incisives larges, symétriques par rapport à la ligne médiane ; leur face convexe regarde bien en avant ; *b.* Sur chaque face latérale du tubercule est une incisive plus petite, mais encore très bien formée, placée de champ, parallèlement à la fissure.

2° *Dans les arcades dentaires postérieures* existent, très bien formées : les deux molaires; la canine et l'incisive précanine. Cette dernière est verticale, elle regarde un peu la fissure par sa face concave.

Obs. XVI. — (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 390.) Fœtus de sept mois donné par mon ami Varnier. — Bec-de-lièvre double qui, à droite, n'ouvre pas la narine; le rebord alvéolaire est rendu continu par la gencive, mais le tubercule médian est bien mobile sur les arcades dentaires postérieures. Derrière le trou palatin antérieur, il y a une fente bilatérale; dans son 1/4 antérieur, la cloison est convexe à gauche. Le *tubercule médian* contient quatre incisives, bien rangées. Les *arcades dentaires postérieures* contiennent chacune deux molaires, une canine et une incisive précanine. — Pas trace de suture incisive. *L'ossification du crâne* est certainement trop avancée, sauf que les deux moitiés du frontal, au contact en bas sont écartées de 45 millim. à leur jonction avec le pariétal. Anomalies multiples coexistantes : Pieds-bots, mains-botes, hernie du cœcum. Voy. *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 407.

Obs XVII. — (*Bull. Soc. an.*, 1886, 4e série, t. XXI, p. 350). Fœtus donné par mon ami Potocki. — Bec-de-lièvre bilatéral, ouvrant les deux narines; complexe à droite; à gauche, la muqueuse seule établit la continuité du rebord alvéolaire. La fissure palatine est bilatérale. Le *tubercule osseux* est formé de deux petites masses juxtaposées, mobiles l'une sur l'autre. Chacune d'elles renferme deux incisives. Les *arcades dentaires postérieures* renferment deux molaires; la canine; une incisive assez malformée, mais cependant bien reconnaissable.

Obs. XVIII. — Pièce donnée par M. Gillet, interne à l'hôpital des Enfants-Assistés.— (Montrée par M. Brun à la Société de chirurgie en juillet 1887.) Suture nette entre le pédicule du tubercule médian (9 millim. de long) et le vomer. *Arcades postérieures* deux molaires, une canine, une incisive. *Tubercule médian*, quatre incisives, dont les deux latérales sont de champ sur les faces latérales du tubercule.

2° *Tubercules médians à trois incisives.*

Obs. XIX. — Musée Dupuytren, pièce n° 18 (conservée dans du liquide. M. Vallée, *Bull. Fac. méd.*, 4° année, 1808, n° IV, p. 54. — Description par Houel, in *Cat. du mus. Dup.*, t. IV, p. 196). Le

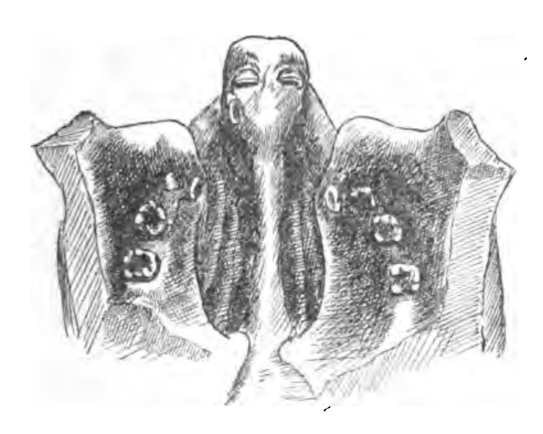


Fig. 14. — Musée Dupuytren, n° 18.

catalogue annonce deux incisives dans le *tubercule médian,* non disséqué. On les trouve, bien symétriques, en disséquant ; et, en outre, il y a une troisième incisive située de champ, sur la face latérale droite. *Les arcades dentaires postérieures* présentent l'incisive précanine dans un alvéole dévié vers la voûte palatine.

Obs. XX. — Pièce donnée par M. Gillet, interne à l'hôpital des Enfants-Assistés (Brun. Soc. chir., juillet 1887). Suture entre le vomer et le pédicule du tubercule médian. — *Arcades postérieures*, deux molaires ; une canine ; une incisive (à droite, alvéole fracturé). *Tubercule médian,* deux incisives symétriques ; une troisième sur la face latérale gauche.

Obs. XXI. — Musée Dupuytren. Pièce n° 13. Prof. Breschet. Squelette décrit par Houel, in *Catal. du mus. Dup.*, t. IV, p. 193. Dissection des dents, in *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 327. Le tubercule médian est au bout du septum nasal ; la fissure palatine est bilaté-

rale et complète. Le *tubercule médian* contient à gauche de la cloison une incisive ; à droite, un seul alvéole où se trouvent deux incisives soudées par leur base (cöllet unique). Les *arcades dentaires postérieures* contiennent chacune deux molaires, la canine, une incisive.

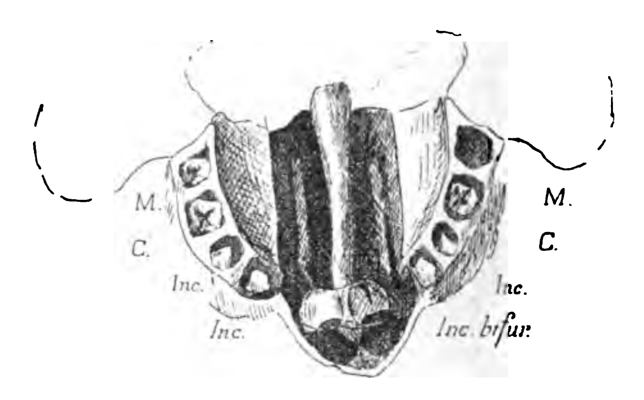


Fig. 15. — Musée Dupuytren, n° 13.

Obs. XXII. — Bec-de-lièvre, n° 1, du musée de la clinique d'accouchements. Pièce communiquée à Rossi (Obs. XVIII).

En regardant cette pièce de face, on voit un tubercule médian étroit et très saillant, atteignant le niveau des os propres du nez. Ce tubercule est dirigé en arrière et à gauche. Par la face palatine, on voit qu'il est porté au bout d'une baguette osseuse sur laquelle s'insère le bord inférieur de la cloison des fosses nasales. Une suture transversale divise cette baguette en deux parties bien distinctes : une postérieure, longue de 19 millim., s'articule en arrière avec le corps du sphénoïde. Une antérieure, longue de 12 millim., supporte le tubercule médian dont elle forme le pédicule. Si on prend le niveau déterminé par l'extrémité antérieure des bords alvéolaires postérieurs, on voit que cette suture est à environ 5 millim. en arrière de ce bord. L'écartement entre les bords libres des lames palatines des maxillaires est de 11 millim. en arrière et de 13 en avant.

Dissection des arcades dentaires. — a. *Le tubercule médian* renferme trois dents : une médiane large, tranchante, bien formée;

son bord inférieur regarde en bas, en arrière et à gauche. Cette dent médiane est flanquée de deux autres, tranchantes également, mais plus petites : une droite et antérieure, une gauche et postérieure.



FIG. 16. — Clinique d'accouchements, n° 1.

b. *Les arcades dentaires postérieures* sont encore recouvertes de leur muqueuse séchée. En les disséquant, on constate qu'elles sont parfaitement symétriques et on y trouve d'arrière en avant : 1° et 2° les deux molaires, multicuspidées; 3° la canine, pointue; 4° l'incisive précanine tranchante, fortement déviée vers la voûte palatine.

La fissure est donc inter-incisive. L'insertion antérieure de la cloison nasale permet de penser que l'incisive supplémentaire du tubercule médian est celle de droite.

2° *Fissure (ou dépression) unilatérale entre la 2e et la 3e incisives.*

OBS. XXIII. — (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 391.) — Homme de 27 ans, opéré à six mois d'un bec-de-lièvre gauche. L'éruption des dents de lait s'est bien faite, puis une dent supplémentaire est apparue entre les deux incisives gauches. Cette dent est tombée et a été

remplacée par une dent permanente. Aujourd'hui, la lèvre présente une encoche notable. L'incisive médiane gauche est un peu déviée à droite et regarde un peu à gauche par sa face convexe; puis vient une incisive verticale, puis l'incisive précanine, un peu plus petite, puis la canine. Sur la gencive et la voûte palatine existe une dépression très nette que l'on voit passer entre l'incisive précanine et l'incisive moyenne. Le reste de la denture est normal.

Obs. XXIV. — (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 392). — M. Guinard, chef de clinique, a vu un homme de 20 ans, opéré à 14 mois par Giraldès d'un bec-de-lièvre simple, droit. Il y a cinq incisives à la mâchoire supérieure, dont trois à droite. La précanine de ce côté est un peu plus petite que les autres et se trouve plantée de champ, à plat contre la canine. Un sillon manifeste la sépare des deux autres. Les dents de lait, dont l'éruption a été normale, avaient la même disposition.

Obs. XXV. — (Communiquée par M. Dupré, interne des hôpitaux.) (Th. de Rossi, obs. XXI.)

Renaud (Henri), 17 ans, employé de commerce, entre le 6 juin 1887 salle Sainte-Vierge, nº 21, hôpital de la Charité, service de M. le professeur Trélat. Ce jeune homme a une fissure palatine, qui a été opérée depuis avec plein succès. Au bord alvéolaire, on constate une dépression mais non une véritable fissure. En arrière de cette dépression, entre les deux molaires et la canine, on voit une dent assez mal formée, implantée vers la voûte palatine. En dedans de la fissure, il existe deux grandes incisives médianes symétriques, bien développées. A droite de celle de droite il y a entre elle et la dépression alvéolaire une dent tranchante assez déformée. A gauche, il y a un léger espace vide entre l'incisive médiane et la canine. Il est dès lors probable qu'il s'agit d'une incisive supplémentaire à droite, tandis que l'incisive latérale gauche est absente. Il n'est pas probable, en effet, que les deux incisives bien formées, larges, soient les deux incisives gauches, la médiane et la latérale.

Ce jeune homme a été opéré à l'âge de 5 mois pour sa division labiale. Le résultat est bon. Il a eu un grand-oncle atteint de bec-de-lièvre.

OBS. XXVI (INÉDITE). — (Pièce n° 7 du MUSÉE DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS.) Cette pièce était constituée par une face séchée avec les parties molles. La fissure labiale ouvre la narine droite; la cloison nasale est très oblique en bas et à gauche. Après ramollissement, ablation du maxillaire inférieur et dissection, on constate les particularités suivantes.

Il existe une fente palatine unilatérale droite, beaucoup plus large en avant qu'en arrière. La lame palatine droite, très étroite, est au-dessous du niveau horizontal du bord inférieur du vomer. A droite, il y a une ouverture triangulaire à sommet antérieur occupant la partie postérieure de la voûte palatine (le 1/4 postérieur environ). Cette perte de substance est notée dans beaucoup de mes observations, sur les squelettes grattés, et là on pourrait se demander si un tissu fibro-muqueux ne la comblait pas sur le vivant. Ici, il est certain qu'il n'en était rien.

Après rugination de la voûte palatine, on voit que la cloison nasale tombe juste sur le bord droit du vomer, mais que cet os a à gauche une largeur de 4 à 5 millim. environ entre la cloison nasale et la suture par laquelle il s'articule avec les lames horizontales du palatin et du maxillaire supérieur droit. Cette surface vomérienne se rétrécit en avant, en une pointe que prolonge un bord osseux libre dépendant du maxillaire supérieur gauche, en avant de la suture incisive.

Ce système de sutures sera étudié après les arcades dentaires.

Arcades dentaires. — Après dissection de la gencive on trouve :

a. *A droite* : 1° et 2° deux molaires ; 3° la canine ; 4° l'incisive précanine.

b. *A gauche* : 1° et 2° deux molaires ; 3° la canine ; 4° une incisive peu large (incisive latérale gauche) ; 5° une incisive très large (incisive médiane gauche) ; 6° une incisive très large (incisive médiane droite) ; 7° une incisive petite, contenue dans un tubercule exclusivement charnu, situé contre la fente osseuse et ne descendant pas jusqu'au niveau des autres dents (incisive supplémentaire droite).

Sutures. — Une suture passe d'abord entre la 5e et la 6e de ces dents. Elle va aboutir à un trou qui est certainement le trou palatin antérieur gauche. En dehors de ce trou règne une suture (endo-exognathique), qui bientôt se bifurque en une branche

antérieure (endo-mésognathique) et une postéro-externe (exo-mésognathique).

En dedans de ce trou, existe une suture oblique en dedans et en arrière, jusqu'en un point que dépasse un peu en avant la pointe du vomer et qui de là s'infléchit en V vers ce sommet. De là, entre la fissure osseuse et le trou palatin antérieur gauche, une lame osseuse antéro-postérieure, large de 5 à 6 millim., qui est certainement la lame palatine hypertrophiée de l'intermaxillaire interne droit. En avant, cette lame s'élargit pour porter l'alvéole de l'incisive médiane droite; de là une sorte de crochet, de gouttière ouverte vers la fissure osseuse entre le bord alvéolaire et la lame palatine de l'intermaxillaire interne droit; c'est le trou palatin antérieur droit, ouvert en arrière et en avant.

On ne voit aucune suture sur la moitié droite de la voûte palatine.

C. —Incisives précanines présentes. — Tubercule médian inconnu.

Obs. XXVII (inédite). — Pièce n° 1 de M. Hamy. — La photographie du sujet prouve qu'il s'agit d'un bec-de-lièvre complexe bilatéral. Des deux côtés, la fente labiale ouvre la narine. Le tubercule médian a été égaré. Les deux susmaxillaires conservés sont bien symétriques, et présentent les dents suivantes : 1° tout à fait en arrière, dans la tubérosité existe l'alvéole de la 3e molaire ; 2° et 3° on voit les deux molaires de lait dans leur alvéole ; 4° la canine ; 5° l'incisive précanine, existe à gauche; à droite il y a son alvéole, mais la dent est tombée. On ne voit pas de suture à la voûte palatine.

Obs. XXVIII.— Pièce donnée par M. Gillet, interne des hôpitaux. (Brun. Soc. chir. Juillet 1887.) Il s'agit d'une perte du tubercule médian (fracture du pédicule), plutôt que d'une absence. Les *arcades alvéolaires, postérieures*, bien symétriques, sont formées par les alvéoles de deux molaires; de la canine (présente), d'une incisive précanine.

REVUE CLINIQUE

A PROPOS DE LA RÉCIDIVE DES KYSTES PARA-OVARIENS APRÈS LA PONCTION SIMPLE

KYSTE SÉREUX PARA-OVARIEN DATANT DE CINQ ANS. — DEUX PONCTIONS A DEUX ANS D'INTERVALLE. — REPRODUCTION DU LIQUIDE. — LAPAROTOMIE. — GUÉRISON.

Par le Dr **Terrillon.**

Malgré l'espérance que les travaux de M. Panas et de M. Duplay et d'autres chirurgiens, avaient fait concevoir, d'arriver à la guérison des kystes para-ovariens à contenu fluide et incolore, pas la simple ponction, nous devons actuellement considérer cet heureux résultat comme absolument exceptionnel. Ainsi que je l'avais établi dans un travail publié dans le Bulletin de la Société de chirurgie (1885, p. 551), d'après mes propres observations et surtout d'après celles qui avaient été publiées par d'autres auteurs, la ponction seule n'est qu'un moyen palliatif, mais nullement curatif.

Le liquide se reproduit toujours, à échéance variable, et même tellement prolongée dans certains cas, que la guérison a été proclamée après plusieurs années, alors que la reproduction du liquide ne s'est faite que trois, quatre et même huit ans après la ponction.

Beaucoup de chirurgiens modernes sont tellement persuadés de la nécessité de cette reproduction, même après plusieurs années, qu'ils proposent dans tous les cas l'ablation totale et radicale par la laparotomie. La plupart la pratiquent d'emblée, sans ponction et sans hésiter ; quelques-uns au contraire ne proposent l'opération à la malade qu'après une première ponction et seulement quand le kyste se remplit de nouveau. Ces deux déterminations peu différentes en elles-mêmes puisqu'elles conduisent au même but final, ne méri-

tent pas d'être discutées longuement. Le seul fait important est la presque unanimité qui existe actuellement entre les chirurgiens qui ont opéré ou qui opèrent beaucoup de kystes ovariques. Le peu de retentissement de ces kystes sur la santé générale au début pourrait faire hésiter, mais la récidive répétée à intervalles souvent assez courts, et ce fait que certains de ces kystes peuvent se modifier, devenir végétants, ainsi que l'admet Lawson Tait, sont autant de raisons qui poussent les chirurgiens à opérer d'emblée ou de bonne heure.

Enfin je pourrai ajouter que l'opération dans ces cas est très bénigne : sur vingt kystes para-ovariens que j'ai eu à traiter, et parmi lesquels il y a eu quatre cas dans lesquels la poche n'ayant pas pu être enlevée, le drainage abdomino-vaginal a été nécessaire, je n'ai perdu aucune malade. Les autres chirurgiens sont unanimes sur le peu de gravité de l'opération dans cette variété de kystes.

Pour démontrer par un exemple bien net la conclusion principale qui termine mon mémoire de 1885, conclusion qui admet la nécessité de l'intervention chirurgicale aussitôt que l'affection est reconnue, je vais rapporter l'histoire d'une de mes malades.

Mme X..., âgée de 28 ans, a vu son ventre se développer lentement, progressivement, surtout du côté gauche, depuis environ un an.

Les règles sont restées normales, les forces n'ont pas diminué, mais cependant la malade éprouve de la lassitude et des tiraillements dans l'abdomen.

Quand je la vis pour la première fois, l'abdomen était modérément développé, comme dans une grossesse de six à sept mois environ.

On sentait un kyste arrondi, peu tendu, débordant surtout à gauche, très fluctuant.

Il était facile de le sentir à gauche de l'utérus par le vagin, mais sans qu'il vint au contact du cul-de-sac vaginal.

Je pratiquai une première ponction le 4 septembre 1884, et

retirai sept litres de liquide transparent, incolore, non filant, qui, analysé par Yvon, pharmacien, donna la composition suivante :

Eau, 950.

Matières extractives, 30 ;

Matières albumineuses, 25 ;

Pas de paralbumine.

Débarrassée pendant un an, cette malade se crut complètement guérie, mais petit à petit le vide se remplit, la malade s'amaigrit, éprouva quelques douleurs, une lassitude spéciale. Enfin, après 25 mois, je pratiquai une nouvelle ponction qui donna 8 litres identiques au premier (31 oct. 1884).

L'état général s'améliora de nouveau, mais, comme la première fois, l'abdomen augmenta lentement, quelques douleurs se montrèrent dans le bas ventre, un certain degré d'affaiblissement survint en quelques mois, et en même temps une courbature générale très caractérisée. Cette fois, la malade impatiente de guérir accepta le moyen radical que je lui avais proposé plusieurs fois.

Opération le 5 mai 1887, avec l'aide de M. Schwartz. — Incision médiane peu étendue malgré l'embonpoint de la paroi abdominale.

Découverte facile du kyste qui est ponctionné. On retire six litres et demi de liquide transparent, incolore, non filant.

La paroi antérieure du kyste est attirée en dehors, mais il est inclus dans le ligament large.

Après avoir pratiqué la section du ligament large, aminci, mais vasculaire qui recouvre le kyste, le bord inférieur de la section est fixée avec des pinces à forcipressure pour empêcher le retrait des lambeaux dans la cavité abdominale.

La décortication du kyste et son énucléation du ligament large est facile et rapide. Le kyste est enlevé en totalité.

Suture avec deux gros cordons de soie, disposés en anse, des débris du ligament large ; on a ainsi un pédicule du volume du petit doigt qui est réduit dans l'abdomen.

Réunion de la plaie abdominale, après nettoyage complet, au moyen de six fils d'argent.

L'opération a duré 20 minutes.

Les suites opératoires furent des plus simples.

Jamais la courbe de la température ne dépassa 38°.

Pendant les premiers jours, la malade eut quelques troubles in-

testinaux, coliques, ballonnement du ventre qui cédèrent à des purgatifs répétés.

Elle commença à se lever après le quinzième jour. Les forces revinrent petit à petit et actuellement elle est complètement guérie n'ayant d'autre ennui que de porter une ceinture pour éviter l'éventration au niveau de la cicatrice.

KYSTE DE L'OVAIRE. — ALIÉNATION MENTALE

Par le Dr **Terrillon.**

Depuis longtemps déjà on connaît la relation qui peut exister, dans certains cas entre les lésions des ovaires et les troubles passagers ou permanents de l'intelligence. J'ai pu observer une malade qui m'a été confiée par M. A. Voisin à la Salpêtrière et chez laquelle la présence d'un kyste ovarique paraît avoir été la cause d'une manie aiguë. L'amélioration de la maladie après l'ablation du kyste et de l'autre ovaire, m'a semblé intéressante à signaler, car ces faits ne sont pas très rares et paraissent avoir actuellement une certaine importance au point de vue de l'indication chirurgicale.

Obs. — *Kyste de l'ovaire droit. — Manie aiguë. — Ablation du kyste dont le pédicule est tordu. — Ablation de l'ovaire gauche sain. — Guérison. — Diminution ultérieure de la manie.*

Madame Lap..., 29 ans, ordinairement bien portante, n'a jamais eu d'antécédents nerveux dans sa famille.

Elle eut deux enfants à terme et dans de bonnes conditions à 20 et 24 ans.

Depuis sa dernière couche elle se plaint seulement de maux de rein au moment de ses règles.

Quatre mois avant son entrée à la Salpêtrière, fin de septembre 1886, elle s'aperçoit que son ventre augmente sans que ses règles disparaissent.

Bientôt elle éprouve des douleurs vives dans l'abdomen avec des symptomes évidents de péritonite.

Le 23 janvier, déjà excitée et inquiète, elle reçoit la visite de son médecin qui lui annonce la présence d'une tumeur abdominale.

Effrayée, la malade est prise d'un accès de manie aiguë, avec délire bruyant, qui nécessite son entrée à la Salpêtrière le 26 janvier 1887, dans le service de M. Voisin (Auguste).

Voici les principaux symptômes qu'on observe chez elle :

Agitation permanente nécessitant l'emploi de la camisole ; physionomie égarée, expression menaçante et les regards étant toujours fixés vers le même point.

Elle a une hyperesthésie de l'ouïe, qui fait que le moindre bruit la fait tressaillir. On constate des mouvements convulsifs dans la lèvre supérieure.

Pas d'inégalité des pupilles, perte absolue de connaissance des objets extérieurs. Les urines et excréments sont rendus involontairement.

Quand je vis la malade le 17 février pour la première fois, je constatai dans l'abdomen une tumeur fluctuante, tendue, du volume d'une grossesse au 7e mois.

Comme la malade est très agitée et qu'il est difficile d'examiner l'abdomen, et d'obtenir des renseignements précis sur ses dernières règles, je suspends mon diagnostic.

Le 21 février, la malade a ses règles qui durent deux jours à peine.

Enfin, après un examen sous le chloroforme et certain du diagnostic, je fais une ponction du kyste qui me donne cinq litres de liquide noirâtre filant.

L'opération d'ovariotomie est pratiquée le 5 mars 1877 avec le concours de MM. Monod et Schwartz.

Le chloroforme est très bien supporté.

Une incision de vingt centimètres suffit pour enlever la tumeur.

Celle-ci est un kyste à parois grises, couleur feuille-morte, présentant des adhérences totales avec la paroi abdominale, l'épiploon et plusieurs anses intestinales.

La décortication est longue, pénible, cependant sans autre accident que la perte d'une grande quantité de sang, dont une partie tomba dans le péritoine.

Le pédicule du kyste est volumineux, tordu de gauche à droite et présente un point étranglé, rétréci. Deux ligatures en anse assurent l'hémostase.

L'ovaire gauche est sain, mais il est enlevé sur l'avis de M. Voisin, afin d'agir plus sûrement sur l'état mental de la malade en supprimant les deux ovaires.

Après l'ablation, je lave tout le péritoine avec quinze litres d'eau filtrée, bouillie et tiède.

La plaie abdominale est fermée avec six points de suture.

L'opération a duré une heure et quart.

Le kyste est uniloculaire, sans kystes secondaires évidents, avec des végétations peu saillantes. Il est rempli de sang ancien résultant de la rupture des vaisseaux par le fait de la tension du pédicule.

Les parois sont mortifiées, verdâtres et grisâtres. Il pèse 500 gr. vide.

Les suites de l'opération furent parfaites et la malade fut guérie le 12e jour, et put être transportée de nouveau dans le service des aliénées.

Mais voici les symptômes qu'elle éprouva du côté des phénomènes cérébraux.

Immédiatement après l'opération il y eut une amélioration considérable et une diminution progressive de l'agitation et du délire.

Les nuits sont calmes et la malade dort bien même sans prendre de calmants, ce qui n'avait pas existé auparavant.

Cependant elle est encore inquiète, elle regarde avec anxiété autour d'elle, mais son mari a été reconnu et a causé avec elle.

Tout ce qui s'est passé depuis le début de sa maladie lui est étranger et son opération a passé inaperçue.

Après être rentrée dans le service de M. Voisin, le calme a persisté, mais avec une certaine indifférence. Son mari seul peut parler raisonnablement avec elle. Toujours elle refuse de travailler.

Enfin un mois après l'opération, M. Voisin la juge suffisamment guérie pour pouvoir rentrer chez elle.

Au début tout semble rentrer dans l'ordre, la vue de ses enfants, de son installation lui donne de la gaieté et de la vivacité.

Cette guérison s'est maintenue, mais d'une façon précaire, car la malade a encore des hallucinations, des périodes de prostration

et d'agacement, ou d'indifférence. Cependant elle vaque à ses occupations de ménage et semble reprendre petit à petit sa vie habituelle antérieure.

Cette observation présente plusieurs particularités intéressantes :

La première est la relation qui existe entre l'apparition d'une manie aiguë, que rien n'avait pu faire soupçonner auparavant et coïncidant avec le développement d'un kyste ovarique.

La cause occasionnelle des accidents semble avoir été la terreur de la malade en apprenant qu'elle avait dans l'abdomen une maladie grave. Mais il est plus que probable que la présence du kyste, paraît avoir eu une influence spéciale sur la malade, au même titre qu'une grossesse, ainsi que cela a été noté chez un grand nombre de femmes.

L'intervention chirurgicale qui a eu pour but de débarrasser la malade de son kyste, cause probable des accidents cérébraux et de supprimer l'autre ovaire, a eu certainement un résultat heureux.

Ce résultat d'abord immédiat, a présenté quelques oscillations, mais cependant il a été tel que la malade a pu sortir de la Salpêtrière, reprendre sa vie de famille, sans manifester des désordres trop graves. Les dernières nouvelles que j'ai de mon opérée prouvent que son état va en s'améliorant.

J'insiste sur cette amélioration à la suite de l'opération car elle est assez semblable à celle qu'on observe quelquefois, à la suite de l'accouchement dans le cas de manie aiguë ayant débuté pendant la grossesse.

D'après quelques faits publiés à l'étranger j'avais espéré un résultat plus complet à la suite de la castration double chez ma malade, tel était aussi l'espoir de M. Voisin.

On sait, en effet, que la castration a donné de bons résultats dans le cas de folie ou de manie, qui paraissaient développées sous l'influence de troubles ovariques variés, ou dont les exacerbations coïncidaient nettement avec les règles.

M. Lawson Tait et d'autres chirurgiens ont signalé plusieurs faits semblables, qui pourraient encourager les chirurgiens à enlever, même les ovaires sains, dans certains cas de manie.

Dans les observations publiées et qui ont trait à ce mode d'intervention pour des manies qui paraissent liées à des troubles de l'ovaire, il n'y a pas toujours eu guérison ou amélioration de l'état mental. Cependant le grand nombre de faits favorables montrent qu'il faut chercher dans ce sens. On est en droit d'espérer qu'on trouvera l'indication spéciale des cas favorables, auxquels l'intervention du côté des ovaires peut être utile.

Enfin je ferai remarquer qu'il s'agit dans ce cas d'un exemple bien net de torsion du pédicule du kyste ovarique avec toutes ses conséquences, telles que je les ai étudiées dans un travail lu devant le Congrès de chirurgie, 1886. Ce travail a été publié dans la Revue de chirurgie, 1887.

Sous l'influence de la torsion, la malade avait éprouvé quelques mois après le développement du kyste des douleurs vives dans le ventre. Celles-ci étaient telles, qu'elles avaient nécessité l'emploi prolongé de la morphine. Elles avaient présenté pendant quelques jours les caractères d'une péritonite assez grave.

Cette péritonite avait été la cause des adhérences totales, molles, saignantes qui avaient rendu si difficiles l'extraction du kyste.

La mortification, ou altération spéciale des parois, avec l'épanchement de sang mélangé au liquide kystique, étaient dus à la gêne de la circulation produite par la torsion.

Le pédicule à ce niveau présentait un anneau cicatriciel qui rendait la circulation veineuse impossible.

Peut-être pourrait-on incriminer cet état du kyste et la souffrance abdominale, comme cause de la manie, qui a éclaté à peu après en même temps que ces accidents. Je n'oserais défendre cette opinion, car la torsion si fréquente, ne donne ordinairement lieu qu'à des phénomènes abdomi-

naux. Je terminerai en faisant remarquer encore, combien le lavage du péritoine avec une grande quantité d'eau bouillie, rend de services après les ovariotomies difficiles et accompagnées d'épanchement de sang dans le péritoine par déchirure des adhérences. Chez cette malade, jamais la température n'a dépassé 37°,5 après l'opération.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 21 juillet 1887.

A. Guérin lit un travail sur **les fongosités de la membrane muqueuse de l'utérus.** — X... est âgée de 50 ans. Les règles sont supprimées depuis plus de 10 années. Elle a tous les dehors d'une magnifique santé. L'automne dernier, elle eut une métrorrhagie qui se reproduisit à plusieurs reprises. Un peu plus tard, il survint des douleurs dans le bas-ventre. Appelé en consultation le 2 avril, Guérin constate les particularités suivantes : Utérus légèrement augmenté de volume, col gros, rouge foncé mais non ulcéré, orifice externe, relativement petit, surtout pour une multipare, toucher douloureux. Ventre sensible, à la palpation, surtout derrière la branche horizontale du pubis du côté gauche. Aucune trace de phlegmon. Diagnostic (avec réserves); *métrite subaiguë*, et traitement en conséquence : grands bains, cataplasmes intra-vaginaux, repos au lit, laxatifs.

Quelques jours après, pertes de sang mais peu abondantes. Dans l'intervalle, écoulement muco-purulent. Un mois après, nouvel examen. L'hystéromètre permet de constater que l'utérus est régulièrement tuméfié, diamètre longitudinal 7 cent. 1/2. *Mais l'instrument ne révèle aucune irrégularité, aucune saillie au niveau de la muqueuse utérine.* Le traitement antiphlogistique est continué, sangsues, cataplasmes. Une semaine après, l'état local constaté au spéculum, paraît heureusement modifié. Col petit, de

coloration normale, écoulement muco-purulent moins abondant. Même traitement.

Peu de temps après, nouvelles pertes de sang. L'examen, pratiqué cette fois avec la curette de Récamier, montre qu'il existe une région douloureuse, circonscrite, et correspondant à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur de l'utérus, à gauche. On pratique le curettage. Il permet de ramener des débris dont les caractères macroscopiques rappellent beaucoup ceux des fongosités utérines. 8 jours après, second curettage. Cette fois, on obtient des fragments d'une substance semblable à celle des polypes muqueux. On donne de l'ergot de seigle qui provoque des contractions utérines et l'expulsion de fragments plus volumineux. L'examen histologique fut fait à trois reprises et M. Ranvier se prononça, d'une façon catégorique, pour un *épithélioma tubulé.*

Le curettage fut de nouvean pratiqué après dilatation du col. Il fut plus complet, quoique encore partiel très probablement. L'hystérectomie vaginale serait sans doute l'opération la plus radicale et la plus indiquée, s'il n'y avait pas malheureusement en faveur de l'extension au delà de l'utérus de l'affection cancéreuse, cette douleur rétro-pubienne signalée précédemment. Il est en effet trop vraisemblable qu'elle est la conséquence de la propagation de la maladie à un des ganglions décrits récemment lors de la discussion relative au phlegmon juxta-pubien.

Pajot. — J'ai observé quatre faits semblables et toujours chez des femmes qui n'étaient plus menstruées depuis plusieurs années. Aussi avais-je l'habitude d'enseigner « quand on voit, chez une femme qui n'a plus ses règles depuis 5 ou 6 années, survenir des hémorrhagies irrégulières, il faut avant tout penser qu'il y a du cancer là-dessous ». De 20 à 45 ans, les hémorrhagies peuvent bien reconnaître pour cause l'existence de fongosités de la muqueuse utérine mais le fait doit être tout à fait exceptionnel quand il s'agit de femmes qui ont depuis longtemps franchi la période de la ménopause. Il est également à remarquer qu'en général les femmes chez lesquelles on voit évoluer l'affection carcinomateuse, sont des personnes grandes, fortes, présentant tous les dehors d'une belle santé.

M. Porak. — J'ai aussi observé 3 faits analogues. La nature de l'affection fut catégoriquement démontrée grâce à l'examen des portions de la muqueuse utérine obtenues par raclage. L'hystérectomie

vaginale ne fut pas faite en raison des circonstances qui paraissaient prouver l'extension de la maladie au delà de l'utérus.

Doléris. — Il n'est pas toujours aisé de distinguer, même au moyen de l'examen histologique, la fongosité d'origine purement inflammatoire de celle que l'on voit apparaître au début d'une évolution cancéreuse. Et quand le nodule cancéreux est assez volumineux pour que le diagnostic soit facile, il faut savoir que la récidive est la règle, même après l'hystérectomie. Aussi doit-on soigneusement rechercher tous les éléments de diagnostic, pour faire ce diagnostic aussitôt que possible. Quand on n'est pas absolument édifié sur la véritable nature de certaines fongosités, si la recherche des antécédents démontre l'existence dans la famille de l'affection cancéreuse, il faut intervenir de bonne heure et radicalement (1).

M. Guéniot. — J'ai observé chez une femme, âgée de 70 ans, un cas absolument semblable à celui rapporté par M. Guérin. En revanche, chez une autre personne, à peu près du même âge, j'ai vu des hémorrhagies irrégulières reconnaître pour cause l'existence d'un petit polype, gros comme une cerise. Les pertes du reste cessèrent après l'expulsion du polype qui se fit spontanément. Ce fait est un peu en désaccord avec la formule énoncée par M. Pajot.

M. Bailly lit une **note sur un cas d'embryotomie**. — Le cas est assez singulier et l'accouchement a présenté une série d'incidents de nature à déconcerter quelque peu l'accoucheur. X.... est âgée de 26 ans. Mariée à 22 ans, elle a fait une fausse couche, 4 mois après son mariage. Enceinte pour la seconde fois, elle présente vers le septième mois de cette nouvelle grossesse de l'anasarque, marquée surtout à la face et au cou. Pour diverses raisons, l'analyse des urines ne fut pas faite. Une quinzaine de jours avant le terme de la gestation, *l'anasarque disparaît et la dame déclare qu'elle ne sent plus le fœtus*. Début du travail le 25 septembre. Le 26, à 5 heures du matin, la dilatation est complète et les eaux sont écoulées. La tête reste très élevée. A 11 heures, les choses sont dans le même état. Application de forceps qui échoue malgré l'énergie

(1) M. Doléris présente un **utérus cancéreux** qu'il a enlevé pour des métrorrhagies répétées. Les transformations morbides étaient encore limitées à la muqueuse. Il met également sous les yeux de ses collègues une sorte de *pince-forceps* destinée à faciliter la saisie et la compression des ligaments larges et l'hémostase durant l'hystérectomie.

des tractions, qui néanmoins sont faites de la manière la plus prudente. Comme la matrice est très distendue, et que d'ailleurs on n'a pu parvenir à entendre les doubles battements fœtaux, le forceps est retiré, et l'on pratique la perforation du crâne qui est suivie d'une application de céphalotribe. La tête est amenée à la vulve et sectionnée parce que le tronc résiste invinciblement à tous les efforts. La tête sectionnée, l'auteur va à la recherche d'un bras, opère des tractions sur ce bras, qui lui reste dans les mains. L'autre bras subit le même sort. De même, un des membres inférieurs. M. Bailly, réclame alors qu'on lui adjoigne un confrère. L'accouchement est terminé, après chloroformisation de la parturiente, par M. Auvard qui opère l'extraction du fœtus, en plusieurs temps, au moyen de son crânioclaste. En cas qu'il y ait de l'ascite fœtale et aussi pour faciliter l'application de l'instrument, M. Auvard avait ouvert le ventre du fœtus. Il fit en tout quatre applications du crânioclaste, et la dernière fut précédée de l'éviscération complète.

Les suites de couches ne furent troublées par aucune complication puerpérale proprement dite. Le fait pathologique le plus saillant de la convalescence a été une rétention d'urine, bientôt suivie de cystite muco-purulente avec albuminurie intermittente. Quinze jours après l'accouchement sont survenus aux mains et aux pieds des phénomènes de contracture qui ont disparu complètement au bout de quelques jours.

Greslou lit une observation de **vomissements incoercibles de la grossesse.** — Avortement provoqué. Guérison. Le cas est celui de dame âgée de 24 ans, névropathe et rhumatisante. Elle était enceinte pour la seconde fois. Le 1er accouchement qui eut lieu à 8 mois de grossesse, date du mois de novembre 1884. La première grossesse a été très laborieuse, il y avait eu des vomissements pendant toute la durée de la gestation. Le début de la 2e grossesse, datait du mois de juillet 1886. Vers le commencement de septembre, les vomissements apparurent. Tous les moyens ordinaires furent successivement employés pour les combattre (eau de Seltz, boissons glacées, oxalate de cérium, pepsine, etc.), rien n'y fit. On constata à cette époque une rétroversion très marquée de la matrice, circonstance dont on tint compte dans la direction du traitement mais sans plus de succès. Le seul soulagement, et très relatif, fut obtenu au moyen des injections de morphine, qui, à la faveur de

quelques heures de sommeil, permettaient à l'estomac de tolérer quelques aliments. Vers le 4e mois de la gestation, en raison de la persistance des accidents et surtout de l'aggravation extrême qui s'était produite dans l'état général, la provocation artificielle de l'avortement fut décidée. On eut recours à la méthode de Krause, et l'on constata à cette occasion que l'utérus avait repris sa position normale. Le 13 octobre on introduisit une première sonde de moyen calibre, mais on dut en introduire de nouvelles (sondes, bougies, sondes avec mandrin, canule à injection vaginale). L'expulsion du fœtus, âgé de 4 mois environ, n'eut lieu que le 19 octobre. Et comme la sortie du délivre se faisait attendre, il fut extrait manuellement. Il était décollé et en partie engagé dans le vagin. Pas d'hémorrhagie. Les vomissements s'arrêtèrent pendant quelques jours, ce qui donna à l'accouchée un certain répit, lui permit de s'alimentèr et de reprendre quelques forces. Mais ils reparurent dès le 24 octobre. On appliqua alors un pessaire de Hodge, dans le but de combattre la rétroversion qui s'était reproduite. Vingt jours environ après la provocation de l'avortement les vomissements qui étaient allés en s'atténuant chaque jour, avaient complètement cessé. *Guérison* complète.

M. Jouin : lit un mémoire ayant pour titre : **de l'emploi des bâtonnets médicamenteux avec ou sans dilatation préalable** dans le traitement de l'endométrite, de la métrite, des corps fibreux et des flexions de l'utérus.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Présentations : Langner. — a) **Fibro-myxome du ligament large.** — La pièce provient d'une femme, âgée de 47 ans. Cette femme s'était dans ces derniers temps aperçue que son ventre grossissait beaucoup et cette augmentation de volume se compliquait de douleurs vésicales et de dysurie. Examinée, après narcose, on constata que l'utérus était complètement dévié à droite et qu'une tumeur occupait toute la partie gauche du bassin. On fit la laparotomie. La tumeur s'était développée entre les feuillets du ligament large. On incisa l'enveloppe séreuse sur toute la hauteur, ce qui permit l'énucléation du néoplasme qu'on extirpa en même temps qu'une bonne portion de l'enveloppe et l'ovaire gauche. Puis, après

avoir assuré le drainage par le vagin, on sutura ce qui restait de la capsule de la tumeur de telle manière qu'elle vint complètement se fermer contre la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent d'abord très régulières. Mais le 10e jour, la température atteignit 39°,4, le pouls s'accéléra jusqu'à 160 battements par minute et la femme mourut la nuit suivante. *Péritonite purulente.* L'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'un fibro-myxome, car il y avait des travées de tissu conjonctif et du tissu myxomateux pur.

b) **Carcinome du col et myome du corps de l'utérus.** — La pièce provient d'une hystérectomie vaginale. Le temps de l'opération le plus difficile fut le retournement de la matrice et l'extraction du corps. Ces manœuvres s'accompagnèrent de déchirures vaginales multiples qu'on sutura au catgut. L'utérus, gros comme une tête d'enfant, est dans sa paroi antérieure le siège d'un myome de la grosseur du poing.

Il existe en outre un cancer du col déjà assez étendu. *Convalescence parfaite.*

c) **Kyste ovarique et hydrosalpingite.**

VEIT. **Grossesse tubaire.** — Femme, âgée de 32 ans, qui compte déjà 3 accouchements et un avortement. La dernière grossesse date de deux années. Les règles se sont montrées du 5 au 6 février, elles étaient en retard de quelques jours. A la fin de cette période menstruelle, il est survenu des pertes de sang irrégulières. On constate, à droite de l'utérus, la présence d'une tumeur, grosse comme le poing et molle dans son segment inférieur. La portion supérieure, plus résistante, est manifestement liée à l'utérus par l'intermédiaire de la trompe. L'utérus ne paraît ni hypertrophié, ni ramolli. Laparotomie le 8 mars. La tumeur est constituée dans sa portion inférieure par l'ovaire dégénéré et kystique, dans sa portion supérieure par la trompe sur laquelle s'est greffé l'œuf. L'embryon a été perdu mais le cordon ombilical est parfaitement distinct, de même le sac ovulaire, la caduque réfléchie et la sérotine. *Guérison.*

GOTTSHALK. a) **2 utérus atteints de sarcome de la muqueuse.** — Hystérectomies vaginales.

OBS. I. Femme âgée de 54 ans. 3 accouchements à terme et deux avortements. Depuis un an, métrorrhagies abondantes. Le curage, pratiqué à plusieurs reprises, reste inefficace. L'examen micros-

copique des portions de la muqueuse montre qu'il s'agit d'une affection maligne.

Sarcome fuso-cellulaire, à grandes cellules. Hystérectomie vaginale facile. Suites opératoires excellentes. L'opération a été faite il y a quatre mois ; jusqu'à présent pas la moindre trace de récidive.

OBS. II. — Femme âgée de 50 ans, souffrant également de métrorrhagies abondantes. L'examen microscopique des portions de la muqueuse obtenues par le raclage, montra qu'il s'agissait aussi d'un *sarcome fuso-cellulaire, à grandes cellules, de la muqueuse.* L'hystérectomie vaginale fut très laborieuse par suite du volume de la matrice, grosse comme au 6e mois de la grossesse. Il y avait, en même temps que l'affection sarcomateuse, au niveau de la paroi postérieure un myome sous-séreux, de la grosseur d'une orange. *Mort.*

La convalescence s'était poursuivie régulièrement pendant les 14 premiers jours. Mais quand elle quitta le lit pour la première fois, la malade perdit subitement connaissance, tomba dans le collapsus et mourut le jour même. L'autopsie ne put être que partielle. Elle permit de constater dans le bassin deux noyaux sarcomateux. Pas de traces de péritonite. La mort a sans doute été causée par une embolie.

b) **Utérus enlevé par l'amputation supra-vaginale, pour un myome intra-ligamenteux.**

c) **Œuf abortif humain, de quatre semaines.** — Cet œuf mesure 3 centim. en longueur et 2 centim. 1/2 en largeur. Entre le chorion et l'amnios existe un espace assez large, occupé par un liquide riche en albumine. L'amnios enveloppe l'embryon, long de 11 millim. Celui-ci est placé vers la périphérie de l'œuf, possède un cordon ombilical très apparent et est relié à la vésicule ombilicale par un court pédicule. La cavité abdominale est entièrement ouverte, le cœur et le foie sont parfaitement distincts. Les arcs branchiaux sont au nombre de 4. Les extrémités supérieures et inférieures sont nettement ébauchées. La tête et la courbure cervicale sont bien dessinées. On reconnait très bien les yeux et les vésicules auditives primitives.

Cet œuf provient d'une femme venue à la policlinique pour des métrorrhagies. L'examen fit constater un ulcère, recouvert de granulations nombreuses et occupant en totalité la lèvre antérieure

du col. Il avait absolument l'aspect d'un *ulcus rodens*. Les signes objectifs plaidaient fortement dans le sens d'une affection maligne. Cependant comme la femme présentait des accidents syphilitiques secondaires et que du reste elle avouait franchement une contamination syphilitique récente, elle fut soumise à un traitement spécifique qui eut un plein succès. L'ulcère guérit entièrement, *en l'absence de tout traitement local*. Ce fait prouve *qu'il peut survenir au niveau de la portion vaginale des ulcères, ayant tous les caractères objectifs de l'ulcus rodens et qui cependant sont de nature syphilitique. Ces ulcères réclament un traitement général et non local.*

Prof. Falk. **Sur un cas d'infanticide.** — L'auteur relate un cas d'infanticide à propos duquel il a dû faire un rapport médico-légal. Il émet à cette occasion cette opinion intéressante que l'état atélectasique ne prouve pas absolument que le sujet n'a pas respiré. Il résulte en effet de ses recherches personnelles que l'acte de la strangulation détermine des phénomènes réflexes, en vertu desquels le sujet meurt dans l'état d'expiration. Or, cet effort d'expiration a pour effet de chasser une partie de l'air contenu dans les poumons. D'autre part, comme l'a indiqué E. Ungart, la continuation de l'action cardiaque après la cessation des mouvements respiratoires favorise la résorption par le sang de ce qui reste d'air dans les alvéoles pulmonaires (Cent. für Gynæk., n° 15, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Séance du 6 juillet 1887.

Des kystes tubo-ovariques (1).

Doran. — Il présente une série de pièces qui paraissent démontrer que, dans l'immense majorité des cas tout au moins, ces kystes sont le produit de processus phlegmasiques des annexes de l'utérus. En ce qui concerne les kystes tubo-ovariques congénitaux, ils seraient extrêmement rares.

Horrocks. — Quel que soit le siège initial de ces kystes, l'ovaire ou la trompe, il est acquis que ces deux organes, arrivés au con-

(1) Vid. in. Ann. de gynéc. et d'obstétrique, p. 143 et seq. Août 1887.

tact, peuvent se fusionner. Et il semble que l'ovaire joue le premier rôle dans ce processus.

M. DUNCAN lit un travail sur **le diabète insipide dans la grossesse et le travail.** — Il y est relaté deux observations de cette maladie. Dans l'une l'affection était congénitale et permanente, et la femme dont il s'agit avait eu 11 grossesses. L'auteur rapporte deux autres faits tirés de sa pratique personnelle ; dans l'un la femme eut quatre grossesses au cours de sa maladie. Le phénomène clinique qui semble dominer l'histoire de cette affection, c'est une *diminution dans la sécrétion de l'urée.*

CHAMPNEYS. **Du mécanisme de la troisième période du travail.** — *Circonstances diverses de nature à favoriser la rétention des membranes* (1). Voici les conclusions de ce travail : 1° le mécanisme du décollement et de l'expulsion des membranes constitue un acte complexe qui comprend trois temps ; 2° la rupture, à temps, de la poche des eaux joue un rôle capital dans le mécanisme physiologique de cet acte ; la rupture prématurée ou tardive favorise la rétention du chorion ; 3° un trouble quelconque survenu dans l'un quelconque des 3 temps de cet acte, le compromet dans son ensemble ; 4° entre autres circonstances défavorables, on peut citer la rupture prématurée ou tardive de la poche des eaux, le prolapsus de la poche des eaux, le prolapsus de l'amnios, la séparation des membranes, la rétention d'un cercle de membranes autour du pôle inférieur de l'utérus, la rétention de la totalité du chorion. On doit s'appliquer à conserver les membranes jusqu'à ce que l'orifice soit complètement dilaté. La dilatation accomplie, non seulement l'intégrité de la poche des eaux devient inutile mais elle favorise la rétention des menbranes. Il faut donc la rompre dès que cette dilatation est achevée. Dans les présentations du sommet, la tête fœtale reposant sur l'orifice utérin, la présence dans le vagin d'une poche des eaux, allongée, en forme de boudin signifie que trés vraisemblablement les membranes sont séparées. Cette poche est constituée aux dépens de l'amnios et cette circonstance favorise la rétention du chorion. On pourrait dire sous forme d'axiome : « *Toutes les fois que dans les présentations céphaliques la poche des eaux descend très bas dans le vagin, il faut prévoir la rétention du chorion* ».

(1) Vid. ibid., p. 143.

CHAMPNEYS. Note relative aux **relations qu'on a dit exister entre le siège de l'insertion placentaire et celui de l'insertion du cordon.** — Levret a dit qu'il existait de telles relations, mais il n'a fourni aucune preuve à l'appui de cette assertion. Cependant, beaucoup d'auteurs, sur la foi du maître, ont accepté et reproduit cette opinion. Or de l'analyse de 189 observations, Champneys conclut que l'assertion de Levret est complètement erronée. (British med. Journ. Juillet 1887.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE L'IRLANDE

Section d'obstétrique.

W. FRAZER. **Un cas d'orifice vaginal double.** — Cette anomalie, extrêmement rare, a été observée chez une femme qui avait eu déjà plusieurs accouchements normaux. Après un intervalle de plus de dix années sans conception nouvelle, elle devint de nouveau enceinte. Et c'est alors qu'à 6 mois de grossesse, elle se plaignit d'une *tuméfaction douloureuse* des lèvres, qu'en raison de l'état variqueux de ses membres inférieurs, elle attribuait à des varices vulvaires. L'auteur constata alors la présence d'une masse, du volume d'une petite pomme qui était appendue au côté gauche du vagin. De coloration rouge foncée, elle était en grande partie constituée par des veines variqueuses. Mais elle n'était adhérente qu'en haut et en bas. Libre dans sa portion moyenne, elle représentait un véritable *Septum* qui se prolongeait 4 centim. environ dans le conduit vaginal. D'un côté se voyait l'orifice, utilisé, pourvu du clitoris et de l'urèthre; de l'autre, l'orifice minuscule d'un conduit beaucoup plus étroit mais nettement limité. La femme ne se doutait en aucune sorte de l'existence de ce deuxième vagin, dilatable jusqu'à la largeur de deux doigts. L'accouchement eut lieu à terme et normalement. Quelques mois plus tard, l'état des parties était le suivant :

Le *septum* anormal présentait la même structure que la grande lèvre; comme elle, il était recouvert de poils. L'orifice, utilisé, avait un clitoris, un méat urinaire, une fourchette et des nymphes, celles-ci plus petites qu'à l'ordinaire. L'orifice supplémentaire avait également des nymphes, extrêmement petites mais parfai-

tement distinctes; il était aussi pourvu d'une fourchette. L'orifice vaginal, nettement limité, possédait un sphincter puissant et distinct.

Purefoy relate l'histoire d'un accouchement compliqué **d'hydrocéphalie fœtale et d'une tumeur obstruant le bassin.** — On réussit, avec beaucoup de peine, à écarter la tumeur et à extraire l'enfant, à l'aide du forceps, après avoir pratiqué la crâniotomie. La perforation du crâne avait donné issue à plusieurs litres d'un liquide séreux.

Byrne communique au nom du Dr Hayes (Tralee), un cas de **dégénérescence vésiculaire du chorion.** — L'observation est celle d'une femme, âgée de 60 ans. Son dernier accouchement remonte à 17 années auparavant. Après cet accouchement, elle continua à être parfaitement réglée; 4 mois seulement avant l'expulsion de la masse vésiculaire, les règles cessèrent. Elle crut qu'il s'agissait d'une suppression parfaitement normale, en rapport avec son âge. Mais 3 mois après, il survint une perte très abondante qui se prolongea et mit la femme dans un état d'épuisement extrême. C'est sous l'influence des préparations ergotées, destinées à combattre la perte de sang, que la matrice entra en contraction et expulsa le chorion dégénéré. (The Dublin Journ. of med. science, Juillet 1887.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

Séance du 25 Mai 1887.

Haultain. **Exfoliation en totalité de la muqueuse vésicale.** — Cette exfoliation a été la conséquence d'un travail d'escharification, provoqué par la rétention prolongée de l'urine, qui était liée elle-même à la rétroversion de l'utérus gravide. La face interne de la muqueuse, parsemée de dépôts urinaires, donnait au toucher une sensation rugueuse. Sur la face externe, se voyait une sorte d'épaississement circulaire, produit d'une exsudation inflammatoire, déterminée probablement par la pression exercée par le col de l'utérus. Cette muqueuse qui s'était engagée dans le méat urinaire, opposait un obstacle absolu à l'écoulement de l'urine et sa présence s'accompagnait des phénomènes habituels de la rétention

aiguë. Elle fut aisément retirée et elle dégageait une odeur putride.

Foulis présente **un appareil à lavages intra-vésicaux.** — L'appareil est essentiellement constitué par deux tubulures, l'une longue, l'autre courte, pourvues à leur point de réunion d'une valve. La tubulure la plus longue plonge dans un récipient ; la plus courte est munie d'un tube auquel est fixé un cathéter. Le fonctionnement de l'appareil est basé sur le principe du siphon.

Beatty. Note **sur un cas d'énucléation d'un pessaire enkysté.** — Ce pessaire, volumineux, de forme sphérique, en bois, avait été placé dans le but de remédier à des douleurs associées à un certain degré d'abaissement de la matrice. Le médecin avait recommandé à sa cliente d'avoir bien soin de le retirer régulièrement et de pratiquer des lavages vaginaux. Longtemps, la femme suivit exactement la prescription. Mais, à un certain moment, ayant éprouvé des difficultés sérieuses à retirer le pessaire, elle y renonça et se contenta de faire des injections vaginales. Après être restée assez lontemps sans subir aucun trouble en rapport avec la présence du pessaire, elle fut prise de douleurs dans l'aine gauche, et remarqua le développement à ce niveau d'une tuméfaction légère ; elle perdit du pus par le vagin. Beatty constata à ce moment la présence dans l'aine gauche d'un ganglion hypertrophié, et dans le vagin, celle d'une tumeur sphérique, volumineuse, en rapport avec les parois gauche et postérieure du vagin. Après avoir incisé l'enveloppe de la tumeur, il put énucléer et extraire, avec beaucoup de peine, ce pessaire que la muqueuse vaginale enflammée, avait fini par recouvrir. L'opération fut immédiatement suivie de la disparition de tous les phénomènes pathologiques (engorgement ganglionnaire, constipation, ténesme rectal).

F. Barbour lit une note sur un cas de **dystocie causée par le déplacement, en arrière d'un bras.**

Underhill.— On observe généralement ces cas dans les présentations du sommet. Au cours du travail le bras est peu à peu repoussé en arrière du cou de l'enfant. Y a-t-il un moyen qui permette de faire le diagnostic de cette anomalie de position ?

M. Murray. — La tête était-elle transversalement placée ? Dans un cas qu'il a communiqué récemment, il avait constaté la luxation, bilatérale, des clavicules dans leur extrémité sternale.

Barbour. — La tête était transversalement placée. A l'aide du

forceps, il put l'extraire directement à travers le bassin, en l'absence de tout mouvement de rotation. Il avait diagnostiqué une présentation OP non compliquée.

Prof. Simpson. — Le moyen de faire le diagnostic, c'est d'introduire toute la main et de sentir le bras. La plupart de ces cas se rapportent à des positions occipito-postérieures. Dans celui-ci, l'intervention de choix, si la présentation avait été reconnue, eut été la version.

A. Sym. **Placenta vésiculaire,** *provenant d'un travail qui s'est accompli au septième mois. Enfant vivant.* — X..., âgée de 31 ans, a eu trois enfants et fait une fausse couche, celle-ci avant la naissance du dernier enfant, actuellement âgé de quatre années. C'est une personne d'une bonne constitution, et d'un certain embonpoint. Dernières règles en septembre. En janvier elle fut frappée de l'augmentation considérable du ventre, qui ne lui paraissait pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Vers le mois de mars, cet accroissement devint encore plus rapide et s'accompagna d'un grand malaise. Le 2 avril (7e mois de la grossesse), le travail se déclara et le lendemain, vers midi, l'enfant était expulsé. Du sexe féminin, il était un peu plus petit que ne l'est d'habitude un enfant de sept mois. Cependant, malgré un certain degré d'asphyxie, il paraissait assez bien développé. Il mourut 6 heures après. L'enfant expulsé, la matrice n'avait pas diminué sensiblement de volume. Quelques minutes après, le placenta était expulsé en totalité en même temps qu'une grande quantité de caillots sanguins. L'utérus se contracta très bien et, en résumé, les suites des couches furent tout à fait heureuses. Sur toute sa longueur le cordon était recouvert de kystes; il y en avait aussi sur la surface du délivre (1). (Edinb. med. Journ. Août 1887).

Dr R. Labusquière.

---

(1) Pour plus de détails, Voir. in Edinb. med. Journ. Août 1887, p. 102 et seq.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 3 mai 1887.

Ovariotomie pendant la gestation.

MUNDÉ, président, présente deux kystes dermoïdes qu'il a enlevés, il y a 10 jours, à une femme enceinte de 5 mois. Elle avorta 72 heures après l'opération. Elle est bien maintenant.

CHAMBERS cite le cas d'une femme, enceinte de 3 mois, que Thomas a ovariotomisée, sans inconvénient.

LEE rapporte un cas analogue.

LEE. **L'oophorectomie dans la manie hystérique.** — Lee présente les pièces. La malade avait des crises convulsives au moment des règles; l'utérus était rétrofléchi, et les 2 ovaires prolabés. Opérée il y a une semaine, la malade va bien.

LEE est partisan de l'ablation des 2 ovaires en une seule fois : il présente, à l'appui de son idée, un ovaire enlevé récemment.

MUNDÉ dit que la question de l'ovariotomie double dans les affections mentales est à l'étude. C'est Battey, et non Tait, qui l'a recommandée dans ces cas.

CLEVELAND ne veut pas qu'on enlève le second ovaire contre la volonté de la malade.

CHAMBERS cherche à sauver le second ovaire, lorsqu'il le peut.

DAWSON cite deux cas de succès.

CHAMBERS a assisté Thomas dans 4 cas d'oophorectomie, faite pour l'hystéro-épilepsie. L'une des opérées a rechuté, une autre était folle et a guéri.

WYLIE n'enlèverait le second ovaire que si l'utérus était malade.

DAWSON. — **Kyste ovarique, dégénérescence papillomateuse de la surface de l'intestin.**

L'auteur présente les pièces.

DAWSON. **Laparotomie pour un fibro-kyste de l'utérus.** — Dawson présente les pièces; il a opéré sur la demande pressante de la malade, qui a succombé.

Discussion. — WYLIE, NILSEN, LEE, MUNDÉ.

J. H. EMERSON. **La déchirure du col au point de vue obstétrical.** — Emerson cite Emmet, Gillette, Forgest, Lee, Pallen. Lusk, S. Koch.

et Polk et d'autres qui ont traité cette question. Il ouvre la discussion sur les points suivants :

Influence de la rapidité de l'accouchement.

Rareté relative des fistules.

Dilatation digitale dans le premier stade.

Incision du col.

Emploi de l'ergot à petite dose.

WYLIE croit que l'auteur n'a pas suffisamment appuyé sur l'état du col avant le travail, et surtout sur les maladies des follicules profonds.

PARTRIDGE divise les causes de la déchirure en causes *prédisposantes* : maladies, et *déterminantes* : traumatisme local. Aussi hésite-t-il avant d'intervenir lorsque le col se dilate lentement. Pour lui l'application du forceps avant la dilatation complète est une opération sérieuse (*major operation*) ; il l'emploie rarement, avant que la tête ait franchi le col.

La cocaïne ne soulage pas les douleurs, et ne prévient pas les déchirures.

C'est les accouchements lents plus encore que les accouchements rapides, qui causent les lacérations cervicales ; et cela, surtout à cause des manœuvres que l'accoucheur est tenté de faire pour accélérer l'accouchement.

MURRAY ne croit pas que les manœuvres digitales présentent le danger que leur attribue Emerson.

Quant au forceps son application bien faite et des tractions bien dirigées ne sont pas une cause de déchirure.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 7 avril 1887.

HIRST. **Infection tardive dans l'état puerpéral.** — Les quatre accouchées étaient primipares ; dans les 4 cas la fièvre parut vers le 12e jour, et un curage bien fait amena des débris ovulaires ou déciduaux, et fit cesser l'infection.

HIRST présente aussi le **tampon antiseptique** de Richardson (de Boston) et de Garrigues (de New-York).

PARVIN ne voit pas la nécessité de l'emploi de cet engin, les

serviettes antiseptiques rendent les mêmes services. Il semble même qu'il s'oppose à l'écoulement des lochies. Le vagin après la délivrance, est fermé et les germes ne peuvent entrer que pendant les manipulations. Il n'approuve pas davantage l'emploi des canules de verre pour les injections intra-utérines.

T. M. Drysdale ne croit guère à l'utilité de l'antisepsie dans la pratique urbaine. Sur plus de 2,000 accouchements qu'il a dirigés, il n'a vu que cinq cas de fièvre puerpérale. Drysdale s'est retiré de la pratique obstétricale en 1874.

Longaker recommande l'iodoforme sous forme de crayon de 6 grammes placé dans l'utérus. Le doigt, dit-il, est la meilleure curette.

Bartan et Baer ajoutent quelques mots.

Price. **Dystocie causée par la présence d'une tête dure.** — La parturiente croyait avoir dépassé le terme. La circonférence occipito frontale de la tête du fœtus, qui vint mort, est 41 centim. 1/2.

Price. **Gastrotomie.** — L'auteur la considère surtout au point de vue diagnostique. Puis il cite le mot d'un gastrotomiste qu'il ne nomme pas : « Je ne compte pas mes 13 premiers cas, je faisais mon apprentissage ». C'est comme la statistique Rip Wen Winkle. « Nous ne compterons pas ce cas ».

Puis il présente les pièces de deux *pyo-salpinx*. Opération, guérison et d'un autre terminé par la mort :

Kyste ovarique simulant une grossesse ectopique, par Packard. — Opération, guérison.

Fr. L. Haynes. **Laparotomie dans une perforation intestinale.** — Mort de tuberculose généralisée.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 4 mars 1887.

Manie puerpérale, par Fernald. — Le travail n'est pas la seule cause de cet accident ; l'hérédité, la malnutrition, la dépression morale, l'anémie ont aussi leur part.

Parfois l'accomplissement du crime impulsif fait cesser la folie. « L'explosion rétablit l'équilibre », et la malade n'a aucun souvenir de ce qu'elle a fait.

La mélancolie est moins fréquente que la manie ; elle dure plus longtemps, la manie du suicide se produit quelquefois. La démence est rare et presque incurable.

Pronostic. — La guérison arrive deux fois sur trois, ou davantage.

Pour le traitement, Fernald a grande confiance dans la prophylaxie ; et il recommande de procurer aux accouchées un sommeil suffisant. Il préfère les soigner chez elles lorsque leurs moyens pécuniaires le permettent ; sauf les mélancoliques qu'il vaut mieux en général isoler.

S. S. ADAMS cite plusieurs cas de folie puerpérale. Il insiste sur l'importance étiologique des modifications du sang.

Le président, BUSEY fait remarquer que les cas sont en général d'autant moins graves que le début de la maladie est plus éloigné de la grossesse.

GODDING insiste sur l'alimentation qu'il préfère aux remèdes. Il se loue néanmoins du bromhydrate d'hyosciamine.

JOHNSTON l'a aussi employé avec succès, pour calmer les malades.

Discussion : BLACKBURN, H. D. FRY, F. JOHNSON, S. W. COOK, CHAMBERLAIN, ADAMS.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 18 *mars* 1887.

W. W. JAGGARD présente un **utérus affecté d'endométrite puerpérale.**

CH. W. EARLE croit que rien ne prouve que la caduque soit totalement expulsée, et que souvent il en reste des débris ; que le plus attentif ne peut découvrir. Il fait donc le lavage et le raclage utérin, toutes les fois que la température s'élève entre le huitième et le dixième jour.

CH. FENGER a vu le curage suivi immédiatement d'une septicémie mortelle.

R. JACKSON. — **Ablation des ovaires et des trompes, dans un cas de fibro-myome utérin.** — Guérison.

CHR. FENGER. **Traitement opératoire des kystes rétro-péritonéaux, drainage de Mikuliez.** — Ce drainage se fait au moyen d'un

morceau de gaze iodoformée dont on fait une sorte de poche au fond de laquelle on fixe un fil de soie. Ce fil sert à attirer la gaze, qu'on insère dans toutes les anfractuosités de la cavité. Fenger a pu laisser cette gaze en place pendant deux semaines. Pour assurer l'écoulement des liquides, il passe un tube de verre ou de caoutchouc à travers le drain de Mikuliez.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 10 *mars* 1887.

A. J. MILES. — **75 accouchements, remarques sur les positions occipito-postérieures**; 4 de ces cas ont donné naissance à des jumeaux; 47 des parturientes étaient pluripares; 28 primipares: 17 fois il s'est agi de positions postérieures; 7 de ces dernières ont été terminées par le forceps; 5 sur 8 des déchirures se sont produites dans une O P; 1 des jumeaux se présenta en O P.

Les positions O P sont plus dangereuses pour la mère et pour l'enfant; l'accouchement est ralenti.

Miles a réussi quelquefois avec le forceps à faciliter la rotation et l'accouchement a pu, dès lors, se terminer spontanément.

D. C. PALMER insiste sur le diagnostic de la position de la tête et il n'approuve pas Richardson (Boston) qui essaya d'appliquer le forceps renversé, la convexité en avant.

TRUSH partage ses idées.

WHITE n'est partisan de l'application du forceps, que quand la tête est encore élevée.

G. E. JONES n'a vu que 3 cas d'O P; ils se sont terminés spontanément.

JULIA CARPENTER, ayant la main plus petite que les accoucheurs du sexe fort, peut l'introduire tout entière, sans inconvénient. pour faire son diagnostic. Elle constate l'infériorité de l'homme dans ce cas.

PALMER présente les pièces d'une ovario-oophorectomie.

ZINKE, président, présente une **môle hydatiforme,** très volumineuse, rendue par une femme mariée, depuis 9 mois.

Hémorrhagie. Guérison.

Il cite Depaul, qui a remarqué la tendance des môles à se reproduire chez la même femme.

(Résumé, d'après l'*Am. J. of Obst.*, 1887, p. 730 à 781, par A. Cordes.)

REVUE DES JOURNAUX

Du traitement de l'avortement (treatment of Abortion), Dr J. Byers. — L'auteur définit l'avortement « *l'expulsion de l'œuf avant l'époque de la viabilité du fœtus* », avant la fin du 7e mois. Il reconnaît cependant qu'après le cinquième mois les choses se passent comme dans l'accouchement à terme. Quelques considérations anatomiques éclairent la pathologie de l'avortement. Sur une coupe d'un utérus gravide, au cinquième mois de la gestation, on constate au niveau de la sérotine, au-dessous du placenta, un grand nombre de lacunes. Ce système lacunaire favorise, à terme, le décollement de l'arrière-faix. Avant le cinquième mois, cette disposition n'existe pas encore. Pendant les deux premiers mois, le placenta est peu développé, l'adhérence de l'œuf à la paroi utérine est inférieure à la résistance des membranes ovulaires, d'où il résulte qu'en cas d'avortement, l'œuf est presque toujours expulsé *en bloc*. De la 10e ou 12e semaine à la 20e semaine environ, le placenta, plus développé, possède des connexions beaucoup plus solides avec l'utérus, le réseau lacunaire n'existe pas. L'adhérence de l'arrière-faix est supérieure à la résistance des membranes fœtales, d'où *l'expulsion de l'œuf en deux temps* et la rétention possible du placenta créant deux dangers : *a*) l'hémorrhagie; *b*) la septicémie. Le traitement est subordonné à trois indications essentielles.

L'avortement peut être : a) *imminent*; b) *inévitable*; c) *incomplet* ou *négligé*. Enfin il y a un traitement consécutif et prophylactique.

a) *A. imminent.* — C'est le traitement classique. Repos absolu au lit. On ne doit pas permettre à la femme de se lever pour aller à la garde-robe. Diète lactée de préférence. Proscrire toute subs-

tance stimulante de façon à éviter toute espèce d'éréthisme vasculaire. Préparations opiacées.

b) *A. inévitable.* — Une distinction est à faire suivant que l'avortement survient dans les deux premiers mois ou plus tard. Survient-il dans les deux premiers mois? Pas d'intervention active, sauf indication absolue. Sous prétexte d'extraire l'œuf, on risquerait de rompre les membranes, ce qui vaut infiniment moins que l'expulsion *en bloc*, qui est la règle à cette époque. Plus tard, il faut agir à l'opposé. C'est du reste à cette période de la gestation que surgissent les plus grandes difficultés. Si le col est suffisamment ouvert, introduire le doigt dans l'utérus et enlever ce qu'il reste du placenta. Si l'orifice est trop étroit, pratiquer le tamponnement et administrer l'ergot. Au lieu de faire, suivant l'usage classique, le tamponnement du vagin, mieux vaut tamponner le col. Le tupélo, l'éponge préparée,... conviennent à cet usage. Mais, autant dans les manœuvres que dans le choix des objets employés, il faut s'attacher à réaliser l'antisepsie la plus rigoureuse. Injection antiseptique, introduction dans le col d'une tente-éponge, d'une tige de tupélo antiseptique,... maintenue en place au moyen d'une bande de gaze iodoformée. Au bout de 6 à 8 heures, on retire gaze et tampon. Si le col est suffisamment dilaté, on procède à l'extraction de l'œuf. Le doigt est pour cette opération le meilleur des instruments. Chez les primipares, chez les femmes à parois abdominales épaisses, résistantes, à vagin haut, étroit et rigide, l'anesthésie est d'un grand secours. Elle permet d'abaisser sans inconvénient la matrice, ce qui facilite singulièrement l'intervention. Dans quelques cas, le décollement de l'arrière-faix s'accompagne d'une perte de sang assez sévère, le badigeonnage de la cavité utérine avec du perchlorure de fer constitue dans ces cas un excellent moyen d'hémostase.

c) *A. incomplet ou négligé.* — Une femme se plaint « *qu'elle perd du sang* », qu'elle « *n'est jamais bien* » et que l'hémorrhagie est survenue après une suppression de règles de deux à trois mois. Presque toujours c'est d'un avortement qu'il s'agit; presque toujours la perte de sang est liée à la rétention *in utero* de partie ou totalité du délivre. Il faut dans ce cas, si besoin est, dilater d'abord le col (bougies d'Hégar), et débarrasser l'utérus. La curette, maniée avec prudence et en s'entourant de précautions antiseptiques rigoureuses, représente l'instrument de choix. Dans d'autres

circonstances, le placenta retenu s'est putréfié. Après avoir eu un frisson, la femme a été prise de fièvre où bien, elle présente des accidents de septicémie. Ici encore, l'intervention active s'impose. Dilater le col (bougies d'Hégar), laver l'utérus avec une solution de sublimé (1/2000), curer la matrice. Le conseil donné par Champneys de laisser dans l'utérus un crayon d'iodoforme est extrêmement utile.

En ce qui concerne le traitement consécutif, rien de nouveau. Il suffit de se rappeler *qu'une femme qui vient d'avorter doit s'astreindre aux mêmes précautions qu'après un accouchement à terme.* Quant au traitement prophylactique, nous nous bornerons à dire que l'auteur recommande vivement l'usage du chlorate de potasse, toutes les fois qu'une circonstance quelconque peut faire supposer une dégénérescence du chorion ou du placenta. Il est hors de doute qu'il faut, hors de l'état de grossesse, s'appliquer à guérir les maladies ou déplacements de la matrice, et, avant tout, rechercher si l'un ou l'autre des conjoints, ou tous les deux, ne présentent aucune tare syphilitique (The Dublin Journ. of med. Science. Juillet 1887, p. 1 et seq.).

De la pathologie et du traitement du placenta prævia. (Ueber pathologie and therapie der placenta prævia.), Prof. Breisky. — L'insertion du placenta étant normale, il ne se produit d'hémorrhagie qu'après que le tronc de l'enfant est déjà expulsé. C'est le rétrécissement considérable de l'aire de l'insertion placentaire, amené par la contraction utérine, qui est cause du décollement du placenta et de la perte de sang *physiologique*, de la délivrance. Quand il y a insertion vicieuse, *pl. marginal* ou *central*, les conditions du décollement sont autres. Tant que la poche des eaux est intacte, lorsque la contractilité utérine entre en jeu, le délivre est soumis à deux forces opposées : a) force dirigée en haut et en dehors, élevant et dilatant l'orifice externe ; b) force dirigée en bas, s'exerçant sur l'œuf et transmise par le liquide amniotique, dans le sens de la plus faible résistance, sur la portion inférieure des membranes ovulaires et par celles-ci, sur le placenta; d'où, le décollement du pôle inférieur de l'œuf et éventuellement celui de l'arrière-faix.

C'est donc quand le délivre s'insère sur le segment inférieur,

zone d'extension, zone cervicale (Barnes), que l'hémorrhagie est à craindre.

Le diagnostic de l'insertion vicieuse, avant que la dilatation ne soit accomplie, est extrêmement difficile, sinon impossible. Cela tient aux différences considérables qui existe dans l'épaisseur des cotylédons placentaires. Enfin, on peut prendre pour des cotylédons, des caillots sanguins, des néoplasmes... Dans quelques cas cependant la constatation de l'interposition exclusive entre le doigt explorateur et la partie fœtale d'une paroi très mince, permet à coup sûr de rejeter l'hypothèse de l'anomalie en question.

Traitement. — Il importe de tenir compte du degré de l'anomalie et aussi de la position du fœtus. Ainsi les positions transversales ou obliques constituent par elles-mêmes une indication à la version. Au contraire, que le placenta soit marginal ou seulement inséré profondément, avec une présentation céphalique normale, à condition que la contraction utérine soit entrée franchement en jeu, le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie c'est de rompre la poche des eaux. L'écoulement du liquide amniotique met fin à la distension du pôle inférieur de l'œuf, au tiraillement du placenta; dès lors le travail marche régulièrement.

Si la rupture des membranes se produit avant que l'activité utérine ne soit suffisamment établie, alors la marche du travail, l'évasement du col... se ralentissent. En pareil cas, le *tamponnement* est indiqué. On peut objecter deux choses à la méthode. Les tampons en caoutchouc, par exemple, peuvent produire des compressions exagérées ; dans un cas, il y eut fistule vésico-vaginale ; dans un autre, fissure du vagin. Enfin, il est souvent fort difficile, surtout quand on opère d'urgence, d'avoir des substances rigoureusement aseptiques ; d'où des dangers de septicémie. On a proposé de faire le tamponnement du col (Jungbluth, Murphy).

Quand on est dans l'impossibilité de rompre la poche des eaux, il faut tamponner, à la fois, le vagin et le col.

Dès que la dilatabilité de l'orifice le permet, on doit procéder à la terminaison de l'accouchement. Qu'il s'agisse d'une présentation du sommet ou de tout autre, le but est d'avoir une prise solide qui est surbordonnée à la saisie des pieds.

Dans le pl. prævia central, en général l'indication précise est la version qu'on exécute en saisissant un seul pied ou les deux.

Le choix de la main doit être surtout subordonné à la direction des pieds à saisir. La détermination de l'insertion exacte de la grande ou petite portion du placenta est trop délicate, pour qu'elle doive influer beaucoup sur ce choix.

Hicks conseille de pratiquer la version avec deux doigts. C'est une manœuvre que l'on peut toujours tenter, mais à la condition que le col soit assez dilatable pour que l'on puisse au besoin en introduire d'avantage. Les doigts introduits, on décolle ce qu'il faut de cotylédons placentaires pour atteindre les membranes ; on rompt celles-ci et immédiatement, on s'applique à saisir un seul ou les deux pieds ; généralement, on se contente d'en saisir un, on l'abaisse, le fœtus évolue, se redresse, et généralement l'hémorrhagie s'arrête.

Il importe beauconp alors, pour la mère et l'enfant, de ne pas se presser. Suivant le conseil donné par Hofmeïer et Behm, *l'extraction immédiate doit être rejetée.* Elle ne s'impose vraiment que lorsqu'une hémorrhagie formidable, survenue malgré le retournement du fœtus et l'abaissement de l'un ou des deux pieds, met en sérieux danger la vie de la mère. Si, l'extraction faite, le placenta n'est pas entièrement décollé, il ne faut pas attendre le décollement spontané ; en semblables circonstances la délivrance manuelle est de rigueur.

Le traitement consécutif doit répondre à cette double indication : a) s'efforcer de prévenir toute nouvelle perte de sang ; b) combattre les accidents qui suivent les grandes hémorrhagies.

On réalise la première en soumettant la matrice à une double force : a) pression exercée sur le vagin au moyen du tampon vaginal, et pour éviter la possibilité d'une hémorrhagie interne ; b) contre-pression exercée, à travers la paroi abdominale, sur l'utérus à l'aide d'un bandage. Quant à la deuxième, elle comprend l'ensemble des moyens auxquels on a recours après toute perte de sang considérable (position horizontale du corps, déclivité de la tête, stimulants....). Les injections de solutions chlorurée-sodiques préconisées par Schwarz ne sauraient convenir dans le cas particulier (Centr. f. die Gésam. therapie. Juillet 1887).

Résultats incomplets amenés par l'extirpation unilatérale des

annexes de l'utérus (*On the unsatisfactory results of unilateral removal of the uterine appendages*), L. Tait. — Quand on se propose, au moyen d'une opération pratiquée sur les annexes de l'utérus, de faire cesser des hémorrhagies liées à la présence d'un fibrome de la matrice, de favoriser l'atrophie de la tumeur, de supprimer toute possibilité de grossesse chez une femme atteinte d'une déformation pelvienne excessive... il serait absolument illogique de n'enveler qu'un ovaire, l'opération doit être évidemment bilatérale. Mais quand il s'agit de remédier à des accidents déterminés par un processus chronique (salpingite, p. ex.), intéressant exclusivement les annexes de l'utérus d'un seul côté, sans doute la conduite du chirurgien doit être différente. Il semble en effet *a priori* que ce principe chirurgical « *il ne faut pas extirper un organe qui n'est pas malade* » soit parfaitement applicable dans l'espèce. Cependant les faits cliniques parlent dans un autre sens. L. Tait a réuni tous les cas dans lesquels il a, jusqu'en décembre 1884, enlevé les annexes de l'utérus *d'un seul côté*, ceux-ci étant atteints de phlegmasie chronique. Les cas sont au nombre de 27, mais comme l'un deux s'est terminé par la mort, ils se réduisent à 26 qui se répartissent de la façon suivante :

Abcès de l'ovaire	1
Ovarite chronique avec adhérences	2
Hématosalpingite	4
Hydrosalpingite	4
Pyosalpingite	15

Ils représentent environ le quart des cas dans lesquels l'auteur est intervenu obéissant à des indications analogues (salpingites de diverses nature...). En comparant tous les faits entre eux on trouve que : a) par rapport à l'hydrosalpingite la pyosalpingite est unilatérale dans la proportion de 7 à 1; par rapport à l'hématosalpingite l'hydrosalpingite l'est dans celle de 4 à 1. Au point de vue de la fréquence, l'hydrosalpingite est à l'ovarite chronique, compliquée d'ahérences, comme 8 est à 1.

Des 26 femmes, auxquelles se rapportent ces observations, quatre seulement n'étaient pas mariées. Et de ces quatre, deux sûrement n'étaient pas vierges. Des 22 autres, 9 seulement avaient eu des enfants avant l'opération. Or, comme toutes, une seule excepté,

étaient mariées depuis plusieurs années, il est impossible de ne pas admettre une étroite relation entre la maladie des annexes et le taux élevé de la stérilité, 42 0/0 environ. Après l'opération toutes, sauf une, continuèrent les relations conjugales, et trois devinrent enceintes. Depuis cette époque il a fallu déjà pratiquer un seconde opération ; 1) dans un cas hydrosalpingite ; 2) dans un d'hémato-salpingite ; 3) dans un d'ovarite chronique ; 4) dans un de pyosalpingite. Enfin, des 15 femmes opérées pour des pyosalpingites, 5 déjà sont mortes. Or il n'est pas douteux, d'après l'analyse des symptômes au milieu desquels elles ont succombé, que la trompe restée dans la cavité abdominale, devenue malade à son tour, s'était rompue et avait provoqué l'apparition d'une péritonite aiguë.

« Les cas, conclut L. Tait, dans lesquels l'extirpation des annexes de l'utérus est indiquée, se répartissent naturellement en deux groupes : 1) ceux dans lesquels il est absolument nécessaire d'enlever les annexes des deux côtés ; 2) ceux dans lesquels il est possible de n'enlever que les annexes d'un seul côté. Mais ici, on a affaire à un groupe pour lequel la question reste encore indécise de savoir s'il est nécessaire ou prudent de faire l'opération, de nécessité, bilatérale. A ma connaissance le travail actuel est encore le premier destiné à jeter quelque lumière sur ce point et il est extrêmement probable que les avis varieront sur les conclusions qu'on en peut tirer ; d'ailleurs, j'admets très volontiers qu'il n'est pas assez complet pour servir de base à une conclusion définitive. Cependant l'opinion personnelle qui s'en est dégagée, corroborée depuis et fortifiée par de nouveaux faits, est la suivante : « *Lorsqu'une malade est en proie à des douleurs assez violentes pour que la laparatomie soit justifiée, si ces douleurs sont le fait d'une phlegmasie chronique des annexes de l'utérus d'un seul côté, la seule manière d'obtenir le résultat complet et définitif que nous devons souhaiter pour toutes nos interventions, c'est de faire une opération bilatérale* ». Sans doute, dans cette circonstance comme dans toutes les autres, la volonté du malade doit faire loi. Si une personne se confiant à mes soins pour une telle affection, m'exprimait sa volonté qu'en aucune manière je ne devrais enlever les annexes de l'utérus s'ils étaient sains, je me conformerais à son désir. Mais, ce ne serait pas sans avoir au préalable discuté la question avec elle, et sans l'avoir prévenue des risques auxquels

elle s'exposerait de subir une deuxième opération, comme cela me paraît devoir être le cas le plus fréquent après les interventions unilatérales (The Brit. med. Journ. Juin 1887).

De l'importance de la rétention des membranes ovulaires (Ueber die Bedeutung der Zurückhaltung der Eihaüte). — L'examen d'une série d'observations cliniques, tirées du service du professeur SLAWIANSKY (St-Pétersbourg), montrent que sur 682 accouchements il y a eu 42 fois, soit 6.2 %, rétention plus ou moins considérable des membranes de l'œuf. Après l'application de la méthode de Crédé (expression placentaire) la rétention a été observée dans la proportion de 5.7 %; dans celle de 7.4 % après la méthode expectante préconisée par Ahlfeld. La rétention est plus fréquente chez les primipares où elle s'est élevée à 9.1 %, tandis que chez les multipares elle n'a été que de 4.9 %. L'auteur attribue la différence à la plus grande irrégularité de la contractilité utérine chez les primipares. Il fait également entrer en ligne de compte l'écoulement prématuré ou tardif du liquide amniotique. (Cent. für Gynäk. N° 3, 1887.)

De l'hémorrhagie gravidique interne. (Uber metrorrhagia gravidae interna), FREUDENBERG. — Le décollement traumatique du placenta pendant la gestation n'offre tout d'abord que la possibilité d'une hémorrhagie interne. Elle se produit lorsque la tension vasculaire l'emporte sur la pression intra-utérine. Elle est subordonnée aussi à l'étendue du décollement et à la résistance opposée par la paroi utérine, qui varie suivant les sujets. Les multipares, chez lesquelles la tonicité utérine est plus ou moins affaiblie, sont, les membranes étant d'ailleurs résistantes, plus exposées à l'hémorrhagie interne.

Toute hémorrhagie interne peut entraîner comme conséquence une hémorrhagie externe, et inversement. Freudenberg propose, pour les différencier, le terme d'*hémorrhagies primitives et secondaires*, *interne* ou *externe*.

Les symptômes de l'hémorrhagie gravidique interne sont les

mêmes que ceux qui caractérisent toute perte subite et considérable de sang : Evanouissement, collapsus, petitesse du pouls, refroidissement, et décoloration de la peau, tintements d'oreille... Douleur, sensation de plénitude au niveau de la matrice.

Il importe, quant au diagnostic, de mettre en comparaison le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse, de constater si les parties fœtales sont rendues absolument inaccessibles par la présence de l'épanchement, de s'assurer du degré de tension des membranes qui d'ordinaire sont, à cette époque de la grossesse, peu tendues.

Le pronostic est très grave pour l'enfant et, pour la mère, il comporte de grandes réserves.

En ce qui concerne le traitement, Freudenberg recommande, d'après le conseil donné par Schröder, pour les cas où l'hémorrhagie interne se prolonge de faire l'*accouchement forcé*. Dans ceux au contraire où l'hémorrhagie s'arrête tout à fait, il conseille de ne point intervenir, mais, tout en surveillant soigneusement la malade, de s'efforcer de lui redonner des forces en recourant aux préparations analeptiques (Arch. f. Gyn. und. Cent. für Gynäk., p. 6 et seq. 1887).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Experimental Researches in artificial Respiration in Stillborn Children, by Francis Henry Champneys. — London, 1887, H. K. Lewis, edit.

Dans ce livre de 150 pages, dédié à J. Matthews Duncan, M. F. H. Champneys, médecin accoucheur et professeur à St-George's Hospital, vient de réunir sous le titre de « *Recherches expérimentales sur la respiration artificielle chez les enfants nés en état de mort apparente et sujets connexes* » une série de

mémoires déjà publiés dans les Medico Chirurgical Transactions et l'International Journal of Medical Sciences.

On trouvera dans les 7 chapitres que renferme cet ouvrage des renseignements importants sur la valeur comparée (*expérimentalement*) des différentes *manipulations* employées pour pratiquer la respiration artificielle (méthodes de Marshall Hall, Howard, Silvester-Pacini-Bain, Schücking, Schüller, Schrœder, Schultze); sur l'expansibilité des différentes parties des poumons ; sur l'emphysème du médiastin et le pneumothorax dans leurs rapports avec la trachéotomie; sur l'emphysème du cou survenant pendant le travail de la parturition et les violents efforts expiratoires ; enfin sur quelques points de pratique touchant la respiration artificielle des enfants nés en état de mort apparente.

Je ne veux m'occuper ici que de cette partie pratique basée sur l'expérimentation.

Résumant la conduite à tenir en présence d'un nouveau-né en état de mort apparente M. Champneys écrit (p. 147) :

« Ne vous hâtez jamais. Ce n'est pas ici une question de secondes. Le succès dépend de la justesse du jugement que vous allez porter.

Faites un bon diagnostic. Etablissez : 1° si l'enfant est vivant ou mort; 2° quel est le degré de l'asphyxie.

Si l'enfant est macéré il est évidemment mort, et il n'y a plus d'espoir.

Si le cœur bat, même faiblement et lentement, l'enfant n'est pas mort.

Si le cœur ne bat pas la mort n'est pas certaine, à moins que vous ne constatiez l'absence prolongée des battements. L'enfant est-il livide, non flasque, il reviendra probablement bien.

Nettoyez la bouche et le pharynx, frottez avec un linge mou le long de l'épine, pressez doucement sur la région précordiale.

Si cela ne fait pas d'effet ou si l'enfant est au degré pâle, *insufflez bouche à bouche, puis employez la méthode de Silvester*. L'air pénètre dans les poumons, cela va bien. *Sinon ayez recours à la méthode de Schultze, ou bien introduisez un cathéter dans les voies aériennes*. Au premier signe de réaction musculaire plongez l'enfant dans l'eau froide ou alternativement dans l'eau chaude et froide.

Variez le traitement. Rappelez-vous ce qu'on peut obtenir de chaque méthode et qu'une seule ne saurait suffire. »

Et l'insufflation par la méthode française, qu'en pense M. Champneys ? Fort peu de bien en vérité.

Tout à fait à la fin de son livre on peut lire en effet (p. 145) : « Il nous reste à dire quelques mots de l'insufflation directe des poumons. Diverses canules courbes ont été inventées dans ce but, principalement en France, mais nous ne pouvons recommander de les adjoindre à l'arsenal déjà si chargé de l'accoucheur. La meilleure méthode est l'insufflation bouche à bouche ».

Cette exécution sommaire d'un procédé d'insufflation dont la pratique nons démontre chaque jour l'excellence est d'autant plus choquante qu'on en cherche en vain la justification dans les recherches expérimentales de M. Champneys.

Jugez plutôt.

L'auteur établit à plusieurs reprises que par la respiration artificielle on doit satisfaire aux quatre desiderata suivants :

1° Enlever les corps étrangers qui obstruent les voies respiratoires.

2° Assurer la béance de ces voies.

3° Exciter la circulation.

4° Ventiler les poumons.

N'est-il pas évident que s'il existe une méthode de respiration artificielle qui satisfasse en même temps et rapidement à ces quatre desiderata, c'est à celle-là qu'on devra donner la préférence ? Examinons à ce point de vue le plan de conduite exposé cidessus.

Qu'on puisse, à l'aide de certaines des manipulations énumérées plus haut, faire entrer de l'air dans les poumons, c'est ce que démontre la partie expérimentale fort bien conduite du livre de M. Champneys. Il est arrivé aux conclusions que voici :

Les méthodes de Marshall Hall et d'Howard sont inutiles comme moyens de ventilation des poumons d'un enfant mort-né.

La méthode de Silvester et les modifications y apportées par Pacini et Bain introduisent plus d'air dans les poumons qu'aucune autre méthode.

La méthode de Schücking n'est pas une amélioration de celle de Silvester.

La méthode de Schüller est inutile et n'est pas exempte de dangers.

La méthode de Schrœder est inutile.

La méthode de Schultze, bien que moins efficace que celle de Silvester modifiée ou non, agit cependant efficacement. Mais sa violence n'est point en sa faveur (voyez p. 44 et 45).

Et ailleurs (p. 140) : « La ventilation des poumons est assurée par diverses méthodes de manipulations dont, pour les enfants en état de mort apparente, deux seulement sont dignes de confiance celle de Schultze et celle de Silvester avec les modifications y apportées par Pacini et Bain » (1).

Restent les deux premiers desiderata.

Il faut débarrasser le conduit aérien des corps étrangers qu'il renferme.

Ni la manœuvre de Silvester, ni celle de Schultze n'y peuvent suffire.

La meilleure méthode pour nettoyer le conduit aérien avant de

---

(1) *Méthode de Silvester* (The true physiological method of restoring Persons apparently drowned or dead, and of resuscitating stillborn Children, by W. R. Silvester. London, 1858).

1° Placer le patient sur le dos, les épaules soulevées et supportées sur un coussin.

2° Assurer la libre entrée de l'air dans la trachée (en tirant la langue en avant).

3° Pour imiter les mouvements de la respiration profonde, élever les bras du patient sur les côtés de la tête ; les tendre doucement et solidement en haut et en avant pendant quelques instants. Les ramener ensuite en bas et les presser doucement et solidement pendant quelques instants sur les côtés du thorax.

Modification de Pacini (Di un nuovo metodo di praticare la Respirazione artificiale. Firenze, 1867).

Les pieds du patient sont fixés ; sa tête repose contre le ventre de l'opérateur. L'opérateur saisit solidement avec ses mains la partie supérieure du bras, l'index en arrière dans l'aisselle, le pouce devant la tête humérale. Tenant ainsi les épaules il les tire à lui et les élève perpendiculairement.

Modification de Bain (Med. Times and Gaz., 19 déc. 1868, p. 708).

1re méthode. — Les doigts de l'opérateur sont placés en avant de l'aisselle, les pouces sur la terminaison des clavicules du patient ; l'opérateur tire alors les épaules en haut puis les laisse retomber.

2e méthode. — Les épaules sont saisies à pleines mains ; puis on soulève le corps d'un pied environ au-dessus de la table, les bras faisant avec la tête un angle d'environ 45°.

provoquer les mouvements inspiratoires, afin de prévenir la pénétration dans le poumon du liquide amniotique, du méconium, etc. est d'après M. Champneys la suivante :

« Mettez l'enfant sur le dos, la tête pendante au bord de la table, un peu plus basse que le reste du corps; essuyez la cavité buccale avec un mouchoir. Pressez le thorax doucement avec une main, exprimez la trachée de l'autre et retenez le doigt sur le haut de la trachée jusqu'à ce que vous ayez fait ce qui suit. Le mucus ayant remonté vers les orifices postérieurs des fosses nasales, mettez un mouchoir sur la bouche de l'enfant, soufflez doucement et le mucus sortira par les narines. »

Mais cela même ne suffit pas toujours car M. Champneys ajoute immédiatement : « s'il y a une grande quantité du mucus dans l'arbre aérien, introduisez dans la trachée *une sonde en gomme*, nº 9, de façon que sa pointe soit à trois pouces 1/2 des lèvres. Pressez le thorax doucement avec une main pour prévenir l'entrée de l'air et soufflez par la sonde. L'air et avec lui le mucus ne pouvant pénétrer dans le poumon ressortiront par la glotte et arriveront dans le pharynx. Cette manœuvre est plus efficace et plus agréable que la succion habituellement recommandée. »

Ainsi voilà qui est entendu vous pourrez en définitive être forcé de pratiquer le cathétérisme laryngé avec une sonde en gomme.

Et pour assurer la béance des voies respiratoires que fait M. Champneys? Je cite encore textuellement (page 139) :

« C'est souvent la plus grande difficulté dans la respiration artificielle surtout lorsque l'enfant est fortement asphyxié et que les muscles dilatateurs de la glotte semblent partager la flaccidité de tous les muscles du corps.

Toutes les méthodes de respiration artificielle (par manipulations) excepté celle de Schultze semblent souvent inutiles à ce point de vue.

Toutefois la méthode de Schultze *parait* rendre le conduit aérien béant dans beaucoup de cas où les autres ont échoué ».

Mais elle aussi peut être insuffisante car « si la difficulté persiste on peut introduire une sonde dans le larynx et la trachée... Cette sonde peut en même temps servir à divers usages parmi lesquels l'enlèvement des mucosités dont j'ai parlé plus haut ».

Donc ici encore vous pouvez être forcé de pratiquer le cathétérisme laryngé.

Je me résume.

Il faut, dit M. Champneys, pour ranimer un enfant né en état de mort apparente (et je parle ici bien entendu de la forme grave):

1° Désobstruer les voies aériennes.

2° Assurer la béance de ces voies.

3° Ventiler le poumon et par là même

4° Exciter la circulation.

Vous avez pour cela à votre disposition 2 méthodes :

a) Celle ou mieux celles de M. Champneys : insufflation bouche à bouche d'abord, manipulations de Silvester, ensuite, de Schultze enfin; en cas d'échec, cathétérisme laryngo-trachéal à l'aide d'une sonde en gomme.

b) La méthode française créée par Chaussier, perfectionnée par Ribemont : Insufflation à l'aide d'un cathéter métallique muni d'une poire qui foule ou aspire à volonté, et permet tout à la fois:

1° De désobstruer les voies aériennes.

2° D'assurer la béance de ces voies.

3° De ventiler le poumon et par là même d'exciter la circulation, le tout en vous laissant la liberté d'établir, à *loisir et sans avoir perdu un temps précieux*, votre diagnostic, votre pronostic, et de suivre de l'œil et du doigt les progrès de votre thérapeutique.

Concluez.

H. VARNIER.

Le gérant : A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉVELOPPEMENT DE LA FACE

ÉTUDES SUR LE BEC-DE-LIÈVRE COMPLEXE DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE (1)

Par **A. Broca**, prosecteur à la Faculté.

D. — Incisive précanine absente.

1° *Des deux côtés* (*ou d'un seul dans le bec-de-lièvre unilatéral*).

OBS. XXIX. — Bec-de-lièvre, n° 2, du MUSÉE DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. Pièce communiquée à Rossi (obs. IX).

En regardant cette pièce de face, on voit un tubercule médian étroit, très saillant, dépassant la verticale, passant par l'extrémité antérieure des os propres du nez, bien divisé en son milieu par la cloison des fosses nasales, qui, en outre, lui est bien perpendiculaire. Par la face palatine, on voit que ce tubercule est porté au bout d'une baguette osseuse rectiligne, sur le bord supérieur de laquelle s'insère la cloison des fosses nasales. Cette baguette est divisée en deux par une suture transversale située à 19 millimètres

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, Août et Septembre 1887.

du corps du sphénoïde (vomer) et à 8 millimètres du bord alvéolaire du tubercule médian. Le pédicule des intermaxillaires internes est plus épais que le vomer. Cette suture est à moins de 3 millimètres en arrière de la ligne unissant les deux extrémités antérieures du rebord alvéolaire postérieur. L'écartement des lames palatines des maxillaires est de 12 millimètres.

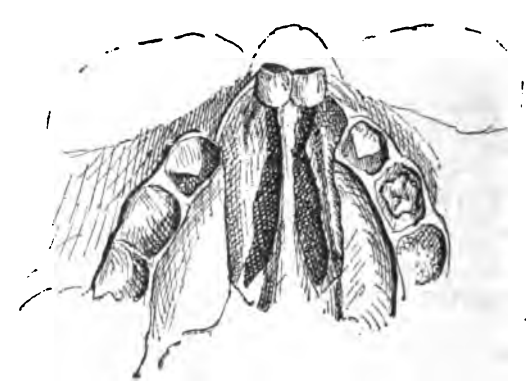


Fig. 17. — Clinique d'Accouchements, n° 2.

Etude des arcades dentaires. — a. Le tubercule médian porte deux incisives tranchantes ; leur face convexe regarde en avant et assez notablement en bas. Elles sont symétriques par rapport au septum nasal. — *b. Les arcades dentaires postérieures* sont parfaitement symétriques et on y voit d'arrière en avant :

1° et 2° les alvéoles rectangulaires des deux molaires (à gauche, la couronne de la première molaire est conservée), situés l'un en avant et l'autre en arrière de l'origine de l'apophyse zygomatique ; 3° l'alvéole arrondi, globuleux, sous-orbitaire de la canine. Sur celui-ci, la gencive est conservée, et sous elle on trouve la couronne pointue, caractéristique. Cet alvéole borde nettement la fissure par un bord très épais, arrondi, en dedans duquel on ne trouve aucun alvéole.

Donc : *tubercule médian à deux incisives, absence de l'incisive latérale.*

Obs. XXX. — *Tubercule médian à deux incisives. — Absence des incisives latérales.* Musée Dupuytren, pièce n° 15. (Observ.

publiée par les prof. Richet et Depaul, in Bull. Soc. chir., 1861, 2e série, t. I. p. 230, 350 et 355 ; par Houel, in Catal. du Musée Dupuytren, t. IV, p. 194). Les deux alvéoles du *tubercule médian* sont ouverts par l'opération tentée par Depaul. Les *arcades dentaires postérieures* contiennent les deux molaires et la canine.



FIG. 18. — Musée Dupuytren, n° 15.

L'incisive latérale est absente de chaque côté. Des deux côtés, la fissure s'arrête au trou palatin antérieur. (Pièce conservée dans le liquide. Dissection publiée in *Bull. Soc. an.*, 1837, p. 387.)

OBS. XXXI. — MUSÉE D'ANTHROPOLOGIE. — Bec-de-lièvre, n° 4.

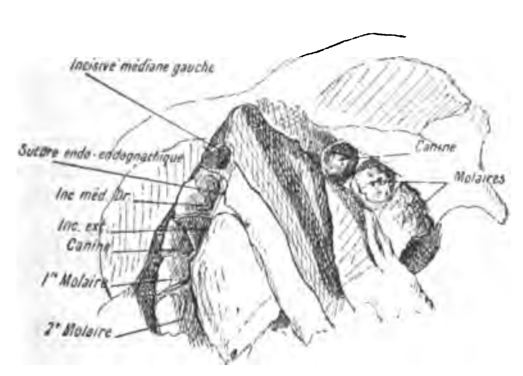


FIG. 19. — Musée d'anthropologie, n° 4.

(*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 264). — La fissure siège à gauche et est

partout unilatérale. A droite, la lame horizontale du maxillaire et du palatin est un peu au-dessous du bord du vomer, d'où une suture antéro-postérieure qui longe, à 4 millim., le bord interne de la fissure palatine et, arrivée en avant, envoie plusieurs branches qui seront étudiées ultérieurement.

Système dentaire. — a. *A gauche*, on voit un large alvéole vide, une molaire, une canine. b. *A droite*, tous les alvéoles sont vides et sont : deux alvéoles rectangulaires, spacieux (molaires); un globuleux, sous-orbitaire (canine), séparé par une crête osseuse diagonale de celui de l'incisive latérale droite; puis vient un alvéole arrondi (incisive médiane droite); puis un autre qui borde la fissure (incisive médiane gauche). Cela est confirmé par la situation de la cloison nasale qui, déviée à droite, tombe exactement entre ces deux derniers alvéoles. Cela est encore confirmé par les *sutures*. La suture antéro-postérieure que j'ai décrite à droite, une

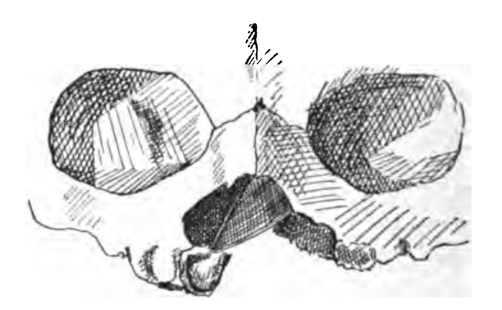


Fig. 20. — Musée d'anthropologie, n° 4.

fois arrivée au trou palatin antérieur se recourbe en demi-cercle, se portant en dehors et en arrière, et gagne le 5e alvéole, pour s'incurver davantage encore et, longeant le 4e, aller jusqu'à la cloison qui le sépare du 3e. Cette suture est certainement la branche droite du V de la suture incisive. Après un court trajet, elle avait envoyé une branche entre les deux derniers alvéoles : suture inter-incisive qui apparaît à la face antérieure. En avant de cette suture, la fissure est limitée par une lame en V (apophyse palatine de l'intermaxillaire interne gauche).

Obs. XXXII. — (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 266).— Homme de 30 ans, opéré à 5 ans, d'un bec-de-lièvre simple, unilatéral gauche. En

regard de la cicatrice labiale (assez mauvais résultat opératoire), existe un raphé cicatriciel passant entre la canine et l'incisive médiane gauches. L'incisive latérale gauche n'a jamais paru, ni parmi les dents de lait ni parmi les permanentes.

2° *D'un seul côté.*

OBS. XXXIII. — MUSÉE D'ANTHROPOLOGIE. Bec-de-lièvre, n° 3. (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 262). Il existe sur le squelette une fente médiane limitée, en allant de haut en bas, par : 1° les os propres du nez ; 2° les branches montantes des maxillaires supérieurs élargies et rapprochées de l'horizontale ; 3° par un alvéole ; 4° à la voûte

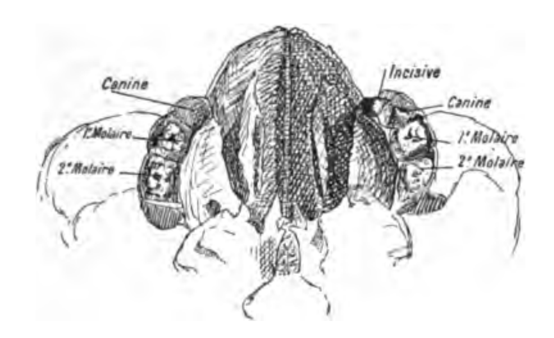


FIG. 21. — Musée d'anthropologie, n° 3.

palatine, par les lames horizontales des maxillaires et des palatins. La cloison, très atrophiée, n'arrive pas au niveau des lames horizontales. *Système dentaire.* Sous la gencive séchée on trouve : a. *à droite*, les deux molaires et la canine (ce dernier alvéole est vide) ; b. *à gauche*, les deux molaires, la canine, une incisive.

OBS. XXXIV (INÉDITE). — Pièce n° 2 de M. Hamy. — La photographie du sujet prouve qu'il s'agit d'un bec-de-lièvre bilatéral complexe ; de deux côtés la fissure labiale entre dans la narine. Le tubercule médian a été égaré. Les arcades dentaires postérieures sont conservées et on y trouve : 1° à gauche, deux molaires et la canine ; 2° à droite, deux molaires, la canine et l'incisive précanine.

3° *Tubercules médians à deux incisives, sans renseignements sur les incisives latérales.*

Obs. XXXV. — (*Bull. Soc. an.*, 1887 p. 397)., Moule appartenant à M. Magitot : enfant opéré en 1867 par M. Verneuil, par ablation du tubercule médian, où M. Magitot n'a trouvé que deux incisives. L'enfant a été opéré avant l'éruption des dents et n'a pas été revu depuis.

Obs. XXXVI. — (*Bull. Soc. an.*, 1887., p. 335). Moule en plâtre déposé par Dupuytren, en 1834, au Musée Dupuytren, pièce n° 12. Le tubercule osseux ne contient que deux incisives (v. Catal. du musée Dupuytren, t. IV, p. 193).

E. — Pièces où l'on voit la fissure entre une 2e incisive et la canine.

Obs. XXXVII. — Musée de la clinique d'accouchements. — Bec-de-lièvre n° 6. (Brun. Soc. chir., juillet 1887). — *Tubercule médian* divisé en deux par une suture (endo-endognathique) ; à gauche, un alvéole vide ; à droite, une incisive normale, plus une incisive de champ. *Arcades postérieures*. Deux molaires et la canine.

Obs. XXXVIII. — Musée Dupuytren, pièce n° 16. Pièce conservée dans du liquide (Prof. Béclard, 1823. Description par Houel, in *Catal. du musée Dupuytren*, t. IV, p. 195. Dissection in *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 388). — Le *tubercule médian* porte quatre incisives : les deux médianes sont fort régulières ; les deux latérales sont contenues dans un mamelon mou descendant moins bas que le reste de la gencive et sont atrophiées. Les *arcades dentaires postérieures* contiennent deux molaires et la canine. A gauche, on trouve une incisive précanine, atrophiée mais tranchante, dans un petit mamelon mou, identique à ceux du tubercule médian. La fente palatine est bilatérale et, dans son quart antérieur, la cloison est convexe à gauche.

Obs. XXXIX. — Musée d'anthropologie. Bec-de-lièvre, n° 5, (*Bull. Soc. an.* 1887, p. 266.) — Fissure uni-latérale droite (Squelette

à parties molles sèches). En avant, on voit la cloison nasale, déviée à gauche, se jeter sur le premier alvéole gauche. La fissure

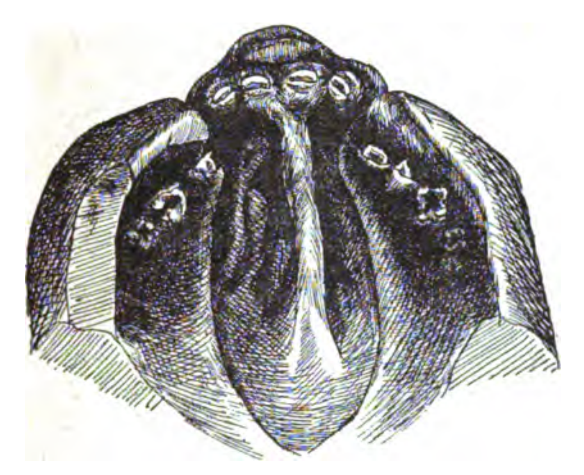
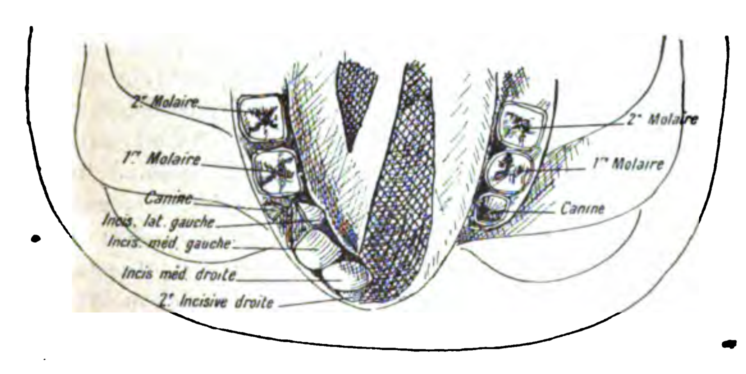
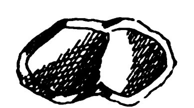


FIG. 22. — Musée Dupuytren, n° 16.

alvéolaire est unilatérale ; à droite, elle se prolonge au palais ; à gauche, la voûte palatine est intacte en avant, mais manque en





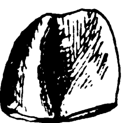


FIG. 23. — Musée d'anthropologie, n° 5. (Figure montrant les dents soudées doubles de grandeur naturelle.)

arrière (était-ce comblé ?) *Système dentaire ; à droite*, deux molaires et la canine; *à gauche*, deux molaires ; la canine; deux couronnes tranchantes d'incisives légèrement chevauchantes ; en avant d'elles, un alvéole, sous la paroi duquel apparaissent deux dents, certainement des incisives. La plus interne, celle qui borde la fissure, forme une virgule sur le flanc de l'avant-dernière. Après extraction, on voit que ces deux dents sont soudées par leur bord et ont un collet unique.

F. — Pièces sans valeur démonstrative.

OBS. XL (INÉDITE).— (Bec-de-lièvre, n° 3 du MUSÉE DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS). *Absence de tubercule médian*. (Les quatre incisives.) En regardant la pièce de face, on aperçoit tout d'abord une fente médiane, formée de deux parties, une triangulaire, verticale, encore en partie comblée par une lame de parties molles séchées; une trapézoïdale, allant en s'évasant jusqu'au bord alvéolaire, suivant un plan oblique en bas et en arrière. En examinant le squelette, on voit que les os propres du nez manquent absolument. En effet, les apophyses montantes, larges de 5 millim., s'articulent avec toute la largeur de l'échancrure nasale du frontal et se touchent sur la ligne médiane sur une longueur de 6 millim. On pourrait admettre que l'os nasal remplissait, au-dessous de cette suture, l'espace triangulaire déjà décrit (caractère qui existe souvent chez certains singes) : la lame séchée déjà mentionnée empêche de s'arrêter à cette hypothèse. Au milieu de la fente palatine, un peu plus large en avant (12 millim.) qu'en arrière (9 millim.), on voit la baguette vomérienne, longue de 18 millim. articulée en arrière avec le sphénoïde ; cette lame osseuse est fort mince ; elle se termine en avant par une sorte de petit bouton mousse. Son bord supérieur reçoit la cloison des fosses nasales. Cette cloison, en haut et en avant, s'insère sur la lame décrite entre les branches montantes des maxillaires supérieurs.

Etude des arcades dentaires. — *A droite*, toutes les dents sont tombées et on compte d'arrière en avant : 1° un alvéole très spacieux qui dépasse en avant l'origine de l'arcade zygomatique ; 2° un alvéole plus petit, plus arrondi, situé sous le trou sous-orbitaire ; 3° un alvéole arrondi en avant, aplati en arrière : cet alvéole

limite la fissure. Est-ce celui de la canine, malgré sa position antérieure ? L'alvéole sous-orbitaire serait celui de la première molaire. Le fait est rendu certain par l'étude du rebord alvéolaire *gauche*. En effet, sous la gencive séchée, on trouve trois alvéoles ayant exactement la même position que ceux du côté opposé et au fond de chacun d'eux on trouve la dent très bien formée : deux molaires et une canine.

Il y a donc absence du tubercule médian. On pourrait croire à une disparition après fracture. Les faits plaidant pour l'absence sont l'atrophie du vomer ; l'absence indiscutable des os du nez. L'os incisif tout entier manque ainsi.

OBS. XLI. — MUSÉE DUPUYTREN. Pièce nº 19. Squelette décrit par Houel, in Catal. du musée Dupuytren, t. IV, p. 196. (Voy. *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 331.)

Les arcades dentaires postérieures, bien symétriques, ne sont constituées que par les molaires et les canines. Le vomer existe sous forme d'une baguette antéro-postérieure, articulée en arrière avec le sphénoïde. Cela est contraire à l'idée d'une absence du

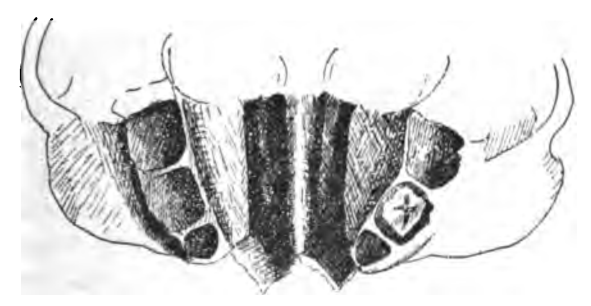


FIG. 24.— Musée Dupuytren, nº 19.

tubercule médian ; mais les os propres du nez sont absents (Houel n'a pu en retrouver la trace) et les bords osseux sont réguliers, non fracturés, ce qui est favorable à l'hypothèse de l'absence. Donc, pièce n'ayant aucune valeur démonstrative.

OBS. XLII. — MUSÉE DUPUYTREN. Pièce nº 1. Bec-de-lièvre complexe gauche ; modèle en cire ; la fissure ouvre la narine. aucune dent n'est encore sortie.

Obs. XLIII. — Musée Dupuytren. Pièce n° 9. Bec-de-lièvre bilatéral; moule en cire. Quatre incisives sur le tubercule médian : mais aucune dent n'est représentée sur les arcades dentaires postérieures.

Obs. XLIV. — Musée Dupuytren. Pièce n° 10. (Ant. Dubois. *Bulletin de la Faculté*, t. IV, p. 29.) Bec-de-lièvre bilatéral; moule en cire. Le tubercule porte 4 incisives, fort déviées, mais on ne peut rien voir sur les arcades postérieures.

Telles sont les quarante-quatre observations que j'ai pu recueillir. Tâchons de résumer en quelques mots l'enseignement qu'elles portent en elles.

La théorie ancienne affirme que la fissure est bordée directement par la canine (1).

Albrecht affirme, au contraire, que le siège typique est en avant de l'incisive précanine.

Il est aisé de juger entre les deux :

1° Cinq pièces sont sans aucune valeur démonstrative. En effet, les parties médianes ne se développant pas, l'absence des incisives précanines ne contredit en rien la théorie d'Albrecht mais ne la prouve pas davantage (Obs. XL). Il n'y a pas de conclusion à tirer non plus de tubercules à 4 incisives sans renseignements sur les arcades postérieures : cela est rendu évident par la fréquence des anomalies dentaires. Quant aux arcades postérieures à trois dents, le tubercule médian étant perdu, rien ne prouve qu'il ne s'agisse pas d'une absence de l'incisive latérale.

2° Les faits, au nombre de quatre, où la fissure passe entre l'incisive médiane et la canine, l'incisive latérale étant absente, sont indifférents : chacune des théories en peut faire son affaire.

3° Les deux pièces de tubercule médian à deux incisives sans renseignements sur les arcades dentaires postérieures

(1) Dans le bec-de-lièvre simple, il peut exister sur le maxillaire une dépression qui est tout aussi démonstrative.

peuvent fort bien être accompagnées d'une incisive précanine. C'est donc faire une concession que de les compter parmi les neutres.

4° Si l'on prend les 33 observations restantes on trouve les chiffres suivants :

L'incisive précanine existe 30 fois.

La fissure passe 3 fois entre la 2e incisive et la canine.

Et encore, avec la meilleure volonté du monde, il est impossible de ne pas analyser ces trois observations. Dans l'une (obs. XXXVII), le tubercule médian porte trois incisives : par conséquent un des côtés rentre dans la catégorie des faits où la fissure passe entre l'incisive médiane et la canine; de l'autre côté, l'incisive latérale est de champ, exactement comme beaucoup d'incisives supplémentaires de tubercules médians. Pourquoi donc ne serait-ce pas une absence bilatérale de la précanine, avec coexistence d'une incisive supplémentaire d'un côté ?

Hypothèse, dira-t-on ! Certes, elle prend de l'assiette par l'analyse de l'observation XXXVIII. Là, tubercule médian à quatre incisives : les deux latérales, bien pareilles, sont contenues dans un mamelon charnu. A droite, la canine se trouve directement contre la fissure ; mais à gauche, la précanine existe. Vu la similitude des deux incisives latérales du tubercule médian, si la gauche est supplémentaire, il faut admettre que la droite l'est également. Mais pourquoi l'excès ne viendrait-il pas de la précanine gauche ?

L'observation XXXIX prouve directement que l'incisive médiane est bien celle qui se dédouble. Au premier abord, cette pièce semble la confirmation absolue de la théorie de Gœthe. Mais alors, pourquoi cette soudure des deux incisives droites ? Ne s'explique-t-elle pas bien mieux si l'on admet une incisive médiane supplémentaire ? D'ailleurs, la précanine existant, mon observation XXI saisit sur le fait cette même bifurcation de l'incisive médiane ; il en est absolument de même sur une pièce de Th. Kœlliker (Obs. 19 de ses tableaux).

Donc, sur 44 pièces nous arrivons à ce résultat : 5 sans valeur ; 6 indifférentes (en mettant les choses au pis) ; 33 contraires à la théorie de Gœthe ; 0 favorable. Ce qui est plus piquant, c'est d'interroger en ce sens les tableaux de Th. Kœlliker. Ils nous donnent un total de 52 faits dont : 3 sans valeur (obs. 13, 27, 30) ; 6 indifférents ; 39 contraires à la théorie ancienne ; 4 favorables, et il faut remarquer que, les observations étant absolument réduites à leur plus simple expression, toute discussion en est impossible. C'est à l'aide de ces chiffres que l'auteur conclut : « la fissure du bec-de-lièvre siège *toujours* entre l'intermaxillaire et le maxillaire ». Il est vrai qu'il a dit auparavant : « Les intermaxillaires sont destinés à porter les quatre incisives. Les anomalies si fréquemment observées dans l'arrangement et le nombre de ces dents s'expliquent par l'indépendance de l'évolution des dents (germe impair) et des os (germe pair) » (*Loc. cit.*, p. 374).

Les 96 dissections que je viens d'analyser (44 personnelles et 52 de Th. Kœlliker) prouvent donc un fait dorénavant indiscutable : presque toujours la fissure passe en avant d'une incisive précanine. Comment est-il possible que des anatomistes et chirurgiens éminents aient affirmé pendant près d'un siècle que la canine borde directement la fissure ? C'est que les recherches de Coste avaient confirmé l'intuition géniale de Gœthe ; patronnée par de tels hommes, la doctrine ne s'était pas bornée à devenir classique : elle était passée à l'état de dogme. Je ne veux pas revenir longuement sur cette étude historique dont j'ai esquissé les principaux traits (1). Les auteurs anciens n'avaient aucune théorie en tête et disaient couramment que le tubercule médian porte deux incisives. A ce propos, j'ai cité Heister (2). La vérité a encore été enseignée pendant quelque temps. En 1812, Petit écri-

(1) Voy. *Bull. Soc. An.*, 1887, p. 271.

(2) L. Heister. *Instit. de chir.* Trad. par Paul (sur l'éd. de 1750), t. III, p. 52. Avignon 1770).

vait que, dans le bec-de-lièvre double, « la pièce palatine *qui soutient la dent incisive moyenne* se trouve isolée », et, plus loin, que le tubercule charnu repose « quelquefois sur des dents mal arrangées et d'autres fois il est attaché à une espèce d'avance osseuse, à laquelle une ou deux dents incisives sont implantées (1). D'après Delpech (qui n'admet pas l'intermaxillaire humain), le tubercule médian porte « les deux dents incisives moyennes, ou un plus grand nombre de ces organes » (2). Boyer est plus net encore car pour lui : « Cette avance osseuse paraît formée par les os intermaxillaires, dans lesquels se trouvent renfermés les germes de deux, ou *même* de quatre dents incisives » (3).

Parmi les observations anciennes, on cite partout les faits de Lafaye, de Tenon. On peut y joindre celles de Chorin (4), d'Agasse de St-Servan (5) : en 1791, ces auteurs n'en avaient nulle surprise. Puis, lorsque Pigné chercha à nier l'intermaxillaire humain, il parla de tubercules médians à trois incisives, une incisive existant sur le maxillaire supérieur : Weber, Sanson en avaient observé (6).

---

(1) PETIT. Art. *Bec-de-lièvre*, in *Dict. des Sc. méd.*, t. III, p. 56 et 58, Paris, 1812.

(2) J. DELPECH. *Précis élément. des mal. réputées chir.* Paris, 1816, t. I, p. 629.

(3) BOYER. *Traité des mal. chir. et des opér. qui leur conviennent.* Paris, 1818, t. VI, p. 187.)

(4) CHORIN. *Sur l'opération d'un bec-de-lièvre*, in *Journal de chir.*, par M. Desault, Paris, 1791, t. I, p. 87.

(5) AGASSE DE ST-SERVAN. *Opér. d'un bec-de-lièvre très compliqué*, in *ibid.*, t. II, p. 240.

(6) PIGNÉ. *Loc. cit.* Voir aussi *Bull. Soc. an.*, 1841, t. XVI, p. 209 et p. 335). Outre les faits que je viens de mentionner et ceux que j'ai cités dans mes mémoires précédents, je renverrai encore aux sources suivantes : DEBROU. *Journal de chir.* de Malgaigne, 1844, t. II, p. 78. Il n'a avivé que la muqueuse (P. BROCA. *Bull. Soc. chir.*, 1868, t. IX, p. 147), et deux incisives seulement sont sorties du tubercule médian. (GOSSELIN. *Bull. Soc. chir.*, 1855-56. 1e série, t. VI, p. 329). MOREL-LAVALLÉE. *Perfect. de l'op. du bec-de-lièvre*, in *Bull. gén. thér.*, 1844, t. XXVII, p. 441. Voy. obs. II, p. 439. DEPAUL. *Bull. soc. chir.*, 1861. 2e série, t. I, p. 351. BARDELEBEN. *Deutsche Klinik*,

Ainsi, on observait en général les enfants avant l'achèvement de la dentition; d'autant plus qu'on a eu peu à peu tendance à opérer aussitôt que possible. De temps à autre, on voyait pourtant une incisive précanine et alors, sans songer que les autres faits étaient dépourvus de toute valeur, on faisait de cela une exception. C'est ce qu'en pense Isidore Geoffroy St-Hilaire, pour qui cela constitue ce que l'on prend à tort pour le bec-de-lièvre médian (1). Peu à peu, on s'accoutuma à penser qu'il était inutile de perdre son temps à disséquer des arcades dentaires de bec-de-lièvre : la chose était connue. Pourtant, de temps à autre, un chirurgien examinait un tubercule médian qu'il venait d'enlever et il s'étonnait de n'y voir que deux ou trois incisives. Ainsi P. Broca nous dit : « avoir cherché vainement les follicules des incisives latérales. » (*Bull. Soc. chir.*, 1868. 2e série, t. IX, p. 159). Encore tâche-t-il d'en trouver l'explication en montrant (ce qui est exact), que l'atrophie de l'incisive latérale est fréquente dans le bec-de-lièvre.

Tout cela conduisait bien parfois à des contradictions : un dogme n'en est pas à cela près. M. Hamy, dans sa thèse si étudiée, dessine surtout des tubercules médians à deux incisives ; deux figures seulement représentent un tubercule à quatre incisives, et encore sur une de ces pièces l'incisive précanine existe et sur l'autre le reste de l'arcade dentaire n'est pas étudié. Malgré cela, il écrit, en parlant d'une opération où P. Broca résèque partiellement le tubercule pour le refouler : « Le follicule de l'incisive latérale gauche fut coupé par l'instrument tranchant, ce qui démontra qu'il y avait de chaque côté les germes de deux dents et que, par conséquent, les pièces incisives étaient tout entières dans le

---

1850, p. 457. D'après ALBRECHT, dans les atlas d'AMMON, de VROLIK, de FŒRSTER, toutes les figures montrent 4 dents derrière la fissure : les deux molaires, la canine et une incisive.

(1) I. GEOFFROY ST-HILAIRE. *Hist. gén. et part. des anom. de l'org.*, etc. t. I, p. 587, 597. Paris, 1832.

lobe médian» (*Loc. cit.*, p. 62). Aujourd'hui, il est impossible de considérer cela comme une démonstration.

En tout cela, on admire la puissance de la foi qui conduisait Houel à compter quatre incisives au lieu de deux dans le tubercule médian de la pièce n° 17 du musée Dupuytren (V. obs. II), qui conduisait Kœnig à soutenir la théorie de Gœthe en 'empruntant à Bruns deux dessins qui la contredisent (1). Mais c'est surtout sur Th. Kœlliker qu'elle agit avec intensité, car, malgré ses dissections que j'ai résumées et qui datent de 18'2, il écrit encore en 1884 : « on ne trouve que dans de rares cas la fissure intra-incisive (2) »; ailleurs il trouve qu'Albrecht se garde trop de parler « des tubercules médians à quatre incisives, la canine bordant directement la fissure » ; il paraît que « cela n'est pas rare » (3). En tout cas, ce n'est pas avec 4 faits sur 52 que Th. Kœlliker peut prétendre à nous convertir. Pas davantage avec celui qu'il a publié en 1885 (4), car, peu de temps après, Albrecht a prouvé que sur le dessin il s'agit d'une mâchoire à six incisives avec fissure précanine (5) ; cette discussion permet tout au moins de neutraliser le fait.

De tout ce qui précède on peut tirer deux conclusions fermes :

1° Dans le bec-de-lièvre bilatéral, le tubercule médian renferme 2, 3 ou 4 dents. Ce qui est à peu près invariable c'est l'existence d'une incisive précanine : 69 fois sur 96 si l'on réunit la statistique de Kœlliker à la mienne, et les 27 faits restants contiennent 8 pièces sans valeur et 12 indifférentes

---

(1) KŒNIG. *Handb. der spec. chir.* 2 aufl. Bd I, p. 243, fig. 47 (unilat.) et 48 (bilat.).

(2) *Centralblatt für. chir.*, 1884, p. 644, alinéa 7.

(3) *Réponse à Albrecht au congr. des chirurgiens allemands*, 1884. Tirage à part, p. 35 (Gerade nicht selten).

(4) TH. KŒLLIKER. *Zur Odontologie der Kieferspalte bei der Hasenscharte*, in *Biol. Centralblatt*, 15 août 1885, t. V, p. 371.

(5) P. ALBRECHT. *Ueber den morphologischen Sitz der Hasenscharten-Kieferspalte*, in *Biol. Centralbl.*, 1886, t. VI, p. 79.

(absence totale de la 2e incisive). Il n'est donc que juste de dire que la précanine existe dans 69 cas sur 76. Les observations anciennes sont, pour la plupart, incomplètes, et celles qui sont complètes confirment presque toujours cette règle.

2° Très souvent avec l'incisive précanine coexiste une 2e incisive interne : cela est noté 14 fois dans mes observations, 16 fois dans celles de Kœlliker, soit 30 fois sur 69, à ne compter que les cas où il y a une précanine. Cela est rare dans la fissure unilatérale. Dans la bilatérale, cela existe des deux côtés (tubercule à quatre incisives), ou d'un seul (tubercule à trois incisives).

IV. — DISCUSSION DES FAITS ET INTERPRÉTATION OSTÉOLOGIQUE

La question ostéologique se résume en ceci : où faut-il placer l'incisive supplémentaire, dans le maxillaire supérieur ou dans l'intermaxillaire ?

Dans le maxillaire supérieur, répondaient autrefois les rares auteurs qui en ont parlé : Volkmann (1), Magitot (2). Il s'agit là d'une *anomalie par hétérotopie*. Cette opinion est celle que défend aujourd'hui Th. Kœlliker et ses arguments ont convaincu Gotthelf, Trendelenburg. Examinons-les donc.

1° En principe, Albrecht accorde trop d'importance à l'examen des dents. En réalité, l'irrégularité est trop grande pour qu'on puisse tirer de tout cela une conclusion nette. Albrecht parle des types à 2 et 4 incisives. Il y en a bien d'autres : à 1, 2, 3, 5, 7 incisives. L'importance morphologique est nulle.

---

(1) R. Volkmann. *Zur Odontologie der Hasenscharte*, in *Arch. f. klin. Chir.* 1861, t. II, p. 288.

(2) E. Magitot. *Traité des anomalies dentaires chez l'homme et chez les mammifères.* Paris. G. Masson, 1877, p. 89, 91, 93, 127, Voy. pl. VIII, fig. 4, et pl. IV, fig. 16.

car il y a indépendance des phénomènes d'ossification et de l'évolution des bulbes dentaires.

En quoi consiste cette indépendance ? En ce que l'invagination épithéliale d'où naîtront les dents est médiane alors que les pièces intermaxillaires sont au nombre de deux, latérales. Puis, des jetées osseuses s'avancent et, dans cette masse unique, délimitent les bulbes isolés. Serait-il aisé de trouver un meilleur argument pour démontrer le lien étroit qui unit l'individualisation des dents aux phénomènes d'ossification ?

D'autre part, ces anomalies dentaires ne se prêteraient à aucune classification, à aucune loi. Sans doute, cela est pour beaucoup affaire de doctrine générale, mais en matière de science, d'anomalies surtout, n'invoquons-nous pas souvent le hasard quand nous ferions mieux d'avouer notre ignorance ? Au moins, cet aveu ne serait pas un obstacle à la recherche des lois. Or, dans l'espèce, Th. Kœlliker reproche à Albrecht d'oublier les becs-de-lièvre à 1, 2, 3, 5, 7 incisives. D'abord, à 7 incisives : Kœlliker fait allusion à une pièce de Volkmann où il y aurait trois incisives supplémentaires devant la canine (1). Albrecht a étudié cette mâchoire et il affirme qu'il n'y a qu'une seule incisive devant la canine ; les deux autres sont tout simplement dues à la subdivision de la canine de lait, persistante et tout à fait cariée. Cela est probable, car Volkmann l'a reconnu (2). Cela étant, je ne connais plus qu'une seule observation où il y ait plus d'une précanine : c'est mon obs. XIII. Si l'on veut, on peut faire une catégorie pour ce fait unique. Mais Albrecht a fort bien fait de ranger les autres cas en peu de groupes. Il n'y a aucune différence entre la fissure unilatérale à 5 incisives et la bilatérale à 6 incisives (type hexaprotodonte). Il est seulement exact qu'Albrecht n'a pas assez insisté sur l'absence de l'incisive latérale : de là un type où l'on fera rentrer les becs-

(1) VOLKMANN. *Loc. cit.*, pièce n° 1644 du musée de Halle.

(2) *Centralblatt für Chirurgie*, 1884, p. 526.

de-lièvre à 1, 2 incisives et certains à trois incisives. En somme, on doit faire seulement 4 divisions : denture normale; augmentée; diminuée; à la fois augmentée et diminuée. Nous aurons à revenir sur cette dernière classe.

J'ai déjà indiqué l'explication donnée par Albrecht, d'après les *lois de l'atavisme,* pour les faits où le nombre des dents est augmenté. Je ferai seulement remarquer que cela cadre bien avec les cas où, sur des mâchoires supérieures normales d'ailleurs, une ou deux incisives supplémentaires existent, bien rangées en série. J'en ai présenté une pièce à

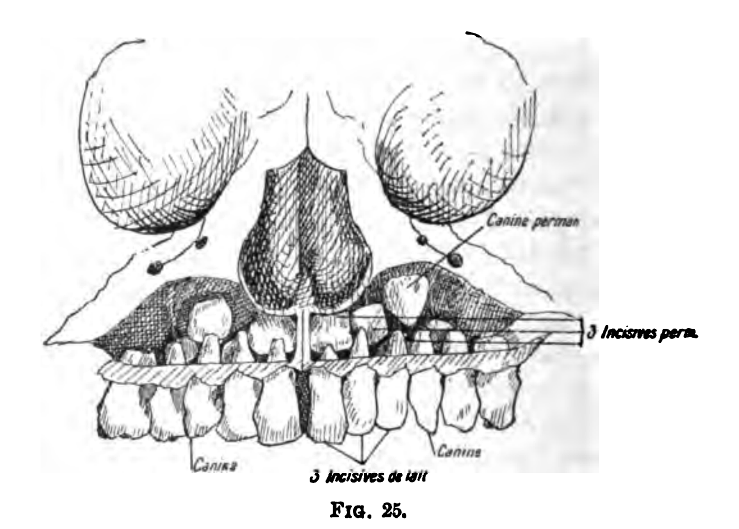


Fig. 25.

la Société anatomique (V. Bull. Soc. an. 1887, p. 268) et j'en reproduis ici le dessin; j'ai ajouté ultérieurement que cela va bien avec ce que nous savons sur les anomalies des molaires (1). En outre, tous les chirurgiens ont constaté cette hypertrophie de l'artère naso-palatine dont parle Albrecht; c'est de ce chef que l'hémorrhagie rend dangereux le procédé de Blandin, aussi bien que l'excision pure et simple, et voilà

(1) A. Broca. *Notes sur les anomalies dentaires, accompagnant le bec-de-lièvre latéral de la lèvre supérieure,* in Bull. Soc. an. 1887, p. 385 et 410.

pourquoi A. Guérin, Chassaignac, Mirault conseillent des sections sous-périostées de la cloison; Lund, une section très oblique; Richet, une section avec une pince spéciale qui écrase (1). L'hypertrophie du tubercule médian, du vomer, ne sont plus à démontrer.

L'évolution variable de la dentition montre bien, elle aussi, que la nutrition de ces parties est modifiée. P. Broca parle de dents existant à la naissance sur le tubercule médian (2). Inversement, un enfant qu'il avait opéré par la suture osseuse n'avait pas encore à 15 mois les incisives supérieures (3).

Enfin, les anomalies dentaires par excès ne sont pas réservées à l'homme : sur le cheval aussi, Albrecht les a vues; et là, l'incisive supplémentaire était sans conteste sur l'intermaxillaire interne, et la précanine sur l'intermaxillaire, car derrière elle on voyait nettement la suture incisive.

2° Cette *coexistence de la suture incisive* avec le bec-de-lièvre n'est guère compatible avec la théorie de Gœthe. Th. Kœlliker le reconnaît; aussi en 1882, il n'en admettait pas la possibilité. Albrecht dit l'avoir observé, mais lui « a été moins heureux dans ses recherches ». Mais, en 1884, Albrecht appuya ses assertions sur de nouvelles preuves. Il avait observé, depuis 1877, plusieurs fissures chez le cheval, chez le veau : toutes étaient en avant d'une suture incisive des plus nettes. En outre, il montrait un crâne humain

(1) Pour cette hypertrophie des artères naso-palatines et le danger d'hémorrhagie qu'elle entraîne, voy. Broca, Verneuil, *in* discussions de la Soc. de chir., 1855-1856, p. 829 et suiv.; Verneuil, in *Chirurgie réparatrice* (*Mémoires de chirurgie*, t. I, p. 467); Griveaud, De l'hémorrhagie dans le bec-de-lièvre, Th. Paris, 1876, n° 17; Petiau, th. citée (procédé du prof. Richet); A. Guérin, Soc. chir., 1869; Mirault, Gaz. hebd. méd. et chir., 1868, p. 603; Chassaignac, Bull. Soc. chir., 1869, 2° série, t. X, p. 191. Lund, Anal. in *Centr. f. Chir.*, 1878, n° 9.

(2) P. Broca. *On hore lip complicated with cleft palate*, in *Arch. of clin. Surgery*. New-York, nov. 1876, t. I, p. 163.

(3) *Bull. Soc. chir.*, 1868, 2° sér., t. IX, p. 147 et suiv.

d'adulte (du musée de Kiel) et deux d'enfants, où la suture discutée était indiscutable. Th. Kœlliker dut bien se rendre à l'évidence, mais, vu ses 50 dissections humaines négatives, il considéra ces faits d'Albrecht comme des raretés prouvant seulement que, par exception, il peut y avoir une duplicité de l'intermaxillaire.

Kœlliker a raison si l'on ne considère que l'homme. Mes 44 dissections humaines, en effet, sont tout aussi négatives que les siennes. Mais ici l'anatomie comparée est d'un secours indispensable. L'homme normal a un intermaxillaire assez peu net pour que des polémiques sans fin aient été suscitées depuis Galien au sujet de son existence. La suture incisive s'oblitère vite, surtout près du bord alvéolaire, dans sa partie exo-mesognatique, la seule dont la constatation soit possible ici. Cette absence, dont on ne s'étonne pas sur le sujet normal, ne doit pas être plus étonnante sur le sujet pathologique. Chez les autres animaux, il en va tout autrement : la plupart conservent pendant longtemps une suture bien distincte. Or, chez eux, Albrecht affirme l'avoir toujours vue coexister avec la fissure alvéolaire.

Certes, ces faits ne sont pas fréquents. Les fentes palatines sont vulgaires chez le veau. Aux faits que j'en ai déjà publiés (1) j'en puis ajouter six autres que j'ai vus, sur le veau également, parmi les pièces conservées à l'Ecole vétérinaire d'Alfort (2). Mais sur toutes ces pièces le rebord os-

---

(1) A. BROCA. *Quelques causes mécaniques de bec-de-lièvre chez certains monstres doubles*, in *Bull. Soc. an.*, 1887, p. 447.

(2) Ces pièces sont les suivantes : E. 165. Céphalodyme, fissure palatine bilatérale. E. 167, Id., fissure bilatérale sur la tête de droite seulement. E. 242, Id., fissure bilatérale sur la tête de droite seulement. *Pièce sans numéro*. Sur les deux têtes, fente palatine externe complète ; en dedans, les fentes sont incomplètes, n'existent que dans la moitié postérieure de la voûte. E. 140, veau déradelphe. Fissure bilatérale. E. 145, veau célosomien. Fissure palatine incomplète à droite et complète à gauche. C'est grâce à l'obligeance de M. Barrier, professeur d'anatomie à l'Ecole d'Alfort, que j'ai pu examiner ces pièces.

seux qui représente l'arcade alvéolaire est intact. Une fois seulement il y avait une fissure alvéolaire, et là la suture incisive existait, limitant un petit triangle osseux, dépourvu de toute dent, naturellement. En dedans est l'apophyse palatine, antéro postérieure, juxtaposée à celle du côté opposé et envoyant en avant un petit prolongement externe, en crochet (1). D'autre part, j'avais déjà disséqué un chat atteint de bec-de-lièvre et cette observation, déjà publiée, (*Bull. Soc. an.*, 1887, p. 449), mentionne que la suture incisive et l'incisive précanine sont derrière la fissure alvéolaire.

Il est donc permis de dire que, chez les animaux où l'apophyse nasale de l'intermaxillaire est développée et reste longtemps indépendante, la fissure alvéolaire (fort rare d'ailleurs), passe toujours dans l'intermaxillaire et non à ses limites. L'homme serait-il une exception unique ? On est autorisé à en douter.

3° Enfin, Th. Kœlliker reproche à Albrecht de passer sous silence les faits, « qui ne sont pas rares », où la fissure siège entre la 2e incisive et la canine. Dans la théorie nouvelle, cela exige la coïncidence de deux anomalies : une incisive supplémentaire et l'absence de la précanine. Il faut, paraît-il, une bienveillance spéciale pour admettre ces coïncidences vraiment providentielles. Mais, sur les 96 observations que je réunis ici, à combien s'applique ce reproche ? à 7. Or comment la théorie ancienne peut-elle expliquer les faits où la fissure siège entre une précanine et une incisive médiane ? Par la coïncidence de deux anomalies ; une incisive précanine *supplémentaire et hétérotopique* et une incisive latérale absente. Et combien y a-t-il de faits de ce genre ? 12 dans mes observations et 13 dans celles de Th. Kœlliker, en excluant les observations où, la fissure

(1) Veau célosomien décrit par M. Barrier à la Société de biologie, en 1875.

étant bilatérale, cela n'existe que d'un côté. La coïncidence serait-elle moins étrange pour avoir lieu 25 fois sur 96 au lieu de 7 ? Que l'on se rapporte, en outre, à ce que j'ai déjà dit sur la soudure possible de la 2e incisive à la médiane ; sur l'absence fréquente de l'incisive latérale, même dans le bec-de-lièvre simple, et l'on admettra sans peine que l'incisive supplémentaire est la 2e et non la 3e ; et, cela étant, que les observations en litige sont assez peu nombreuses pour que la coïncidence de deux anomalies fréquentes puisse être réelle.

Ainsi, les trois objections faites par Th. Kœlliker à la théorie d'Albrecht non seulement n'entament en rien cette théorie, mais encore sont dirigées directement contre la doctrine de leur auteur. Maintenant, prenons l'offensive : je donnerai trois autres arguments contre la théorie de Gœthe.

1° Etant donnés deux faits, lequel est le normal, et lequel est l'anormal ? Tout le monde répondra : le normal, c'est le plus fréquent. Or ici, l'existence de la précanine est certainement plus fréquente que celle de la 2e incisive sur la lèvre interne de la fissure. L'exception confirme la règle, dit-on : l'aphorisme devient au moins douteux lorsque l'exception devient majorité.

2° L'intermaxillaire normal présente en dehors une apophyse montante, l'apophyse nasale, située derrière le cartilage de la narine et en dehors de lui. Si donc la fissure passait à la limite externe de l'intermaxillaire, d'abord la lèvre interne de la fissure devrait être surplombée par l'apophyse nasale formant crochet ; en outre, extérieurement, la fente devrait passer derrière la narine. Or cela a lieu quelquefois, mais pas dans le bec-de-lièvre, où aucune de ces deux conditions n'est réalisée.

3° J'ai dit que, chez l'homme, le canal palatin antérieur, est, comme chez tous les animaux, divisé en deux par les apophyses palatines des intermaxillaires, formant une pièce unique après soudure de la suture endo-endognatique. Or, dans le bec-de-lièvre unilatéral, l'apophyse palatine de l'intermaxil-

laire du côté atteint s'hypertrophie, en sorte que le trou palatin antérieur du côté sain est parfaitement visible mais est à plusieurs millimètres de la fissure. Si la fissure passait à la limite de l'intermaxillaire, on devrait voir le trou palatin antérieur du côté atteint, ou tout au moins l'échancrure ouverte en arrière par laquelle l'intermaxillaire prend part à sa constitution; or il n'en est rien. Pour de plus amples détails, je renvoie à la lecture de mes observations IX, XII, XXII.

La conclusion de tout ceci est que *dans le bec-de-lièvre complexe la fissure passe à travers l'intermaxillaire.*

V. — VALEUR EMBRYOLOGIQUE DE CES FAITS. — CLASSIFICATION DES FISSURES TÉRATOLOGIQUES OBSERVÉES A LA FACE.

Lorsque, il y a près de 20 ans, M. Hamy étudiait les « exceptions » où la fissure siégeait entre les deux incisives, il pensait que cela s'explique fort bien par la duplicité possible des germes osseux (1). En 1886, M. Princeteau se rattache absolument à cette opinion (2). Enfin Th. Kœlliker, pour qui le point osseux est unique de chaque côté, affirme que toutes les fissures alvéolaires n'ont rien à voir avec l'évolution des bourgeons faciaux. « Ces parties sont unies depuis longtemps déjà quand apparaissent les premiers noyaux osseux, en sorte que nous ne pouvons pas remonter à cette période si précoce de la vie embryonnaire et dire : ici se développe une pièce de l'intermaxillaire et là une autre » (3). Ainsi, os, dents, bourgeons faciaux sont absolument indépendants l'un de l'autre : cela mène à peu près à contester dans son entier la doctrine de l'arrêt de développement. Serait-ce donc le hasard qui dispose ces parties indépen-

(1) *Loc. cit.*, p. 59.

(2) *Loc. cit.*, p. 62.

(3) Discussion au congrès des chirurgiens allemands en 1884.

dantes de façon à faire entre elles les fissures de siège si constant ?

En réalité, il faut reconnaître que ces sièges typiques correspondent, dans leur ensemble, à ceux des fentes ou plutôt des rainures faciales. Sans doute, ces rainures sont comblées, je l'ai déjà dit, par le feuillet externe, dont la résorption ou l'arrachement exige l'intervention d'une cause assez souvent mécanique et connue (1). La force nécessaire pour la destruction d'une lame de feuillet externe peut être considérée comme nulle et voilà pourquoi, dans le bec-de-lièvre vulgaire, la plupart du temps cette cause mécanique, si elle a existé, n'a laissé aucune trace. Il n'en est pas de même lorsqu'une fissure sépare deux parties dont le développement se fait aux dépens de la même masse du feuillet moyen mais aux dépens de deux points osseux distincts. D'abord, ces faits sont très rares ; et ensuite leur production nécessite une traction énergique, exercée par une bride amniotique, une insertion vicieuse du cordon, une encéphalocèle notable, etc. Cela explique les quelques rares exemples de fissures passant derrière la canine et entrant dans le trou sous-orbitaire. Morian n'a trouvé que trois cas de ce genre dus à Nicati (2), à Remacly (3), à Fergusson. Cette dernière observation est même douteuse. Vu cette rareté, je joins ici un fait de ce genre : la fissure est seulement labiale, mais derrière elle les os ne sont unis que par des parties molles. De ce côté, entre la fissure et l'oreille, s'insère une adhérence dont l'autre extrémité se fixe à la pointe du cœur.

Obs. XLV. — Fœtus d'âge indéterminé, conservé dans l'alcool à

(1) Pour l'étude de ces causes mécaniques du bec-de-lièvre, voy. *Bull.* 1887, *Soc. an.*, p. 400 et 449. Voy. aussi, à propos des *fissures faciales*, R. Morian, *Ueber schräge Gesichtsspalte*, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1887; t. XXXV, p. 253.

(2) *Loc. cit.*, p. 63.

(3) *De fissura genæ congetina*. Inaug. dissert. Bonn., 1864.

la clinique d'accouchement. Ce fœtus est atteint d'une fissure médiane allant de l'extrémité supérieure du sternum à l'ombilic. Par là sortent les intestins et le cœur. Ce dernier a la pointe dirigée en haut et fixée par une adhérence à mi-chemin de la commissure labiale et du pavillon malformé de l'oreille. L'œil droit n'existe pas : l'orbite est comblé par pont cutané. A deux ou trois millimètres en dedans de la commissure droite, la lèvre présente une courte encoche verticale, qu'un léger sillon prolonge vers le lieu où serait l'œil. Derrière cette encoche, la gencive est continue, mais sous elle les os sont mobiles l'un sur l'autre et la dissection prouve que cette articulation anormale répond, dans le maxillaire supérieur droit, à une solution de continuité osseuse verticale, située entre la 1re molaire et la canine. Le trou sous-orbitaire est ainsi ouvert. En dedans de la canine existent deux incisives parfaitement normales. La narine, l'échancrure piriforme sont intactes. Le côté gauche est tout à fait normal.

Des actions mécaniques de ce genre, usuelles dans les fissures faciales considérables, ne s'observent que rarement dans le bec-de-lièvre vulgaire. Force est donc de chercher ailleurs la cause de cette difformité et l'arrêt de développement est, pour le moment, ce qui rend le mieux compte des choses. Mais la duplicité des points osseux est-elle une explication suffisante de la fissure inter-incisive? Les assertions de Gœthe avaient-elles donc prouvé quelque chose avant les recherches de Coste et la doctrine de l'arrêt de développement avait-elle triomphé des objections de Cruveilhier, de Velpeau (1)? Nullement ; et Richard avait parfaitement raison d'écrire en 1851 que : « l'os incisif s'explique de la même façon que le bec-de-lièvre mais ne saurait en aucune manière expliquer cette difformité ». Et Hamy (2) et Princeteau (3) sont tout à fait de cet avis. Comment se sont-ils laissés leurrer par l'explication de Leuckart?

---

(1) VELPEAU. *Ovologie et embryologie humaine*, 1853, p. 80, et *Nouv. élém. de Méd. op.*, 1839, t. III, p. 480.

(2) *Loc. cit.*, p. 49.

(3) *Loc. cit.*, p. 62.

Ainsi je ne pense pas, jusqu'à nouvel ordre, que la pathogénie des fissures tératologiques de la face puisse s'établir autrement que par l'examen des bourgeons faciaux et des rainures ou fentes qui les délimitent. Aussi avons-nous vu qu'Albrecht n'hésite pas à affirmer que le bourgeon nasal externe prend part à la constitution de la lèvre supérieure.

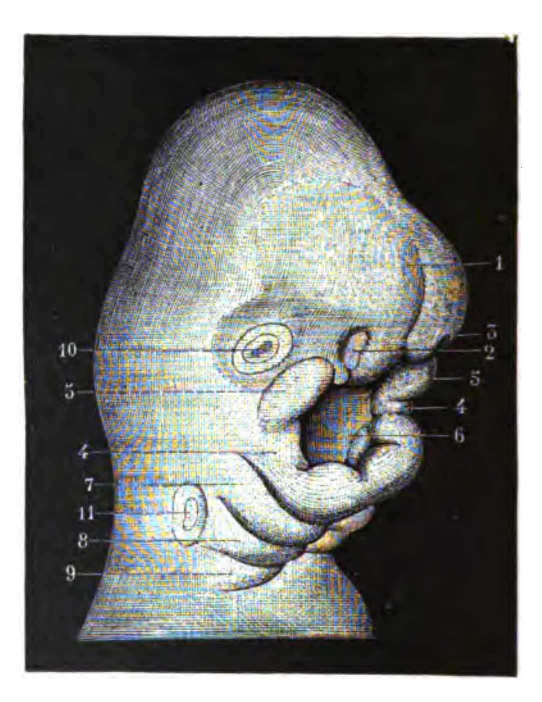


Fig. 26 (Fig. 118 de Tarnier et Chantreuil). — Face d'un embryon humain de 25 à 28 jours, d'après Coste.

1. Bourgeon frontal. — 2, 3. Fossettes olfactives. — 4. Bourgeons maxillaires inférieurs soudés. — 5. Bourgeons maxillaires supérieurs. — 6. Bouche. — 10. Vésicule oculaire.

Les figures à l'aide desquelles il le soutient dans ses publications sont empruntées aux ouvrages de His, qui pourtant maintient avec énergie la doctrine classique. D'ailleurs, His

n'avait-il pas écrit autrefois : « Les trois bourgeons frontaux fournissent les matériaux pour la partie moyenne de la face, chez le poulet pour le bec, chez les mammifères et l'homme pour le nez et la partie moyenne de la lèvre », et plus loin : « la pointe du bec du poulet dépend du bourgeon frontal médian et la racine des deux bourgeons latéraux » (1). Par la même manière de raisonner, je reproduis ici une figure empruntée par Tarnier et Chantreuil à l'atlas de Coste. On y contesterait difficilement l'interposition, apparente au moins, du bourgeon nasal externe entre le nasal interne et le maxillaire supérieur. Ces figures de His, de Coste, ont certainement plus de valeur que celle où Albrecht nous montre, sur le chien, la coexistence du bec-de-lièvre et du colobome (fig. 5), car rien ne démontre que le bourgeon nasal externe eût été destiné à descendre au niveau des deux autres.

Les faits anciens prouvent donc qu'il faut étudier à nouveau la question : en effet, ils se contredisent parfois d'une façon manifeste. Il est nécessaire d'examiner avec soin la face de nombreux embryons, non seulement chez le poulet, mais encore sur les mammifères. Il y a là un stade intermédiaire très difficile à saisir parce que, sans conteste, il est très court. Je crois avoir observé sur le poulet une pièce où cette descente du bourgeon nasal existe, mais je me garderais bien de rien affirmer. D'autre part, le prof. Hermann Fol a bien voulu me communiquer des épreuves photographiques prises sur deux embryons humains où les bourgeons faciaux sont encore visibles. Sur ces dessins, on voit avec une grande netteté que le bourgeon maxillaire supérieur se termine en dedans et en avant par une pointe assez effilée qui se porte un peu en arrière, derrière la pointe inférieure du nasal externe, pour aller se souder au nasal interne à quelque distance en arrière de son sommet antérieur. A un stade ultérieur le

---

(1) W. His. *Unsere Köperform und das physiologische Problem ihrer Entstehung*, p. 88 et 205, fig. 79, 138, 140.

nasal externe descend-il un peu plus ? La chose est tout à fait possible.

En tout cas, cette explication paraît plus vraisemblable que celle de Biondi ; pour lui, l'incisive externe, *gnathogène*, se développe dans le bourgeon maxillaire supérieur tandis que l'interne, *métopogène,* tirerait seule son origine du bourgeon frontal, par le bourgeon nasal interne. Cette manière de voir soulève plusieurs graves objections. D'abord, dans les absences de tubercule médian où l'incisive latérale manque, on se demande ce que serait devenue cette dent gnathogène dont l'absence ne s'explique guère par l'atrophie



Fig. 27. — Bec-de-lièvre prolongé.



Fig. 28. Coloboma prolongé.

du bourgeon frontal. D'autre part, quoique l'ossification soit beaucoup plus tardive, s'effectue une fois tout soudé, il serait bizarre que toute démarcation disparût entre les territoires de deux bourgeons et fût remplacée par une nouvelle limite au milieu de l'un deux. Enfin, aucune rainure normale n'existe, dans cette hypothèse, entre l'intermaxillaire externe et le maxillaire supérieur. De là surgit une difficulté sérieuse.

A la face existent en effet deux variétés bien distinctes de fis-

sure. L'une d'entre elles est le bec-de-lièvre vulgaire et ouvre la narine ; on la voit de là se prolonger parfois plus haut, détruisant l'aile du nez (P. Broca) (fig. 27) ou même gagnant jusqu'à l'angle interne de l'orbite (Heiker, Talko, Fierster). L'autre est située plus en dehors, en avant d'elle existent la narine et l'échancrure piriforme intactes. De la lèvre elle remonte, dans les cas les plus complets, jusqu'au milieu de la paupière inférieure, au siège classique du coloboma de cette paupière (Guersant) (fig. 28) ; dans les cas incomplets, à une encoche labiale fait suite un sillon cicatriciel, qui remonte jusqu'à une encoche analogue de la paupière inférieure (Pelvet), ou jusqu'à un coloboma palpébral véritable (Kraske). Les deux figures ci-jointes font apprécier la différence qu'il y a entre ces deux variétés. Or (avec quelques confusions que j'ai cherché à faire ressortir, dans un article publié récemment par la *Gazette hebdomadaire*), Morian vient de bien montrer qu'à la première variété correspond une fissure inter-incisive ; à la deuxième une fissure entre l'incisive latérale et la canine.

Ne faut-il pas deux rainures normales pour expliquer ces deux fentes pathologiques ? La théorie ancienne ne permet pas de comprendre la 1re variété ; la théorie de Biondi ne permet pas de comprendre la 2e. Seule, celle d'Albrecht cadre bien avec les deux. Il y a seulement une restriction à faire. Peut-être les trois bourgeons en litige se soudent-ils à la lèvre et au rebord alvéolaire suivant une sorte de zone neutre où évoluerait l'intermaxillaire externe, indépendant ainsi de l'un comme de l'autre et se rattachant le plus souvent aux parties externes, mais parfois aussi aux parties internes (1).

---

(1) Pour les fissures faciales obliques, outre l'article de Morian, voy. DEBOUT, in *Bull. gén. Thér.*, 1862, t. L. et XIII, p. 13 et 66 ; PELVET, in *Mém. Soc. biol.*, 1863, 2e série, t. V, p. 181. P. BROCA et GUERSANT, *loc. cit.* KRASKE, in *Arch. f. klin. Chir.*, 1874, t. XX, p. 396 ; POLAILLON. *Bull. Soc. chir.*, 1874, 3e série, t. III, p. 58. HASSELMANN, *Arch. f. klin. Chir.*, 1874, t. XVI, p. 681. LANNELONGUE. *Bull. Soc. chir.*, 1881, nouv. série, t. VII, p. 483. Consultez l'atlas d'AHLFELD. *Die Missbildungen des Menschen*. Absch. II, p. 151, *atlas*, planches 24 et 25, Leipzig, 1882.

Comme conclusion de toutes ces longues discussions, je me bornerai à classifier les diverses fissures faciales. Il faut les diviser, suivant leur étendue antéro-postérieure, en simples et complexes, suivant leur longueur en labiales et en prolongées.

1° A la lèvre inférieure, par non-coalescence des deux bourgeons maxillaires inférieurs, on a la *fissure médiane*, *simple* ou *complexe*, cette dernière pouvant s'accompagner de division de la langue. Etant donnée cette division de la langue, et aussi la prolongation d'un cordon cicatriciel médian réunissant la fente labiale à la fourchette sternale, (Parise), Albrecht a peut-être tort de nier la *fissure prolongée* (Unterkieferwangenspalte).

2° A la commissure, on a la *fissure génienne* sur laquelle on semble avoir fait de nombreuses confusions. On dit d'abord qu'elle se porte horizontalement vers le tragus, s'arrêtant après un parcours variable ou se prolongeant en une ligne cicatricielle. Le fait est possible (Lesser), mais il est rare et, d'après les observations publiées et les figures rassemblées par Ahlfeld, il est évident que presque toutes les fissures commissurales se portent vers la tempe, au-dessus du tragus, après avoir décrit une courbe à concavité supérieure (Muralt, Langenbeck, Ammon, Remacly, Pelvet.) Cette fissure génienne siège entre les bourgeons maxillaires supérieur et inférieur. La direction que je viens de lui décrire cadre bien avec l'opinion du prof. M. Duval sur l'origine directe du bourgeon maxillaire supérieur aux dépens de la base du crâne et non par bifurcation du maxillaire inférieur (1). Il est absolument insoutenable de ranger, avec Morian, la fissure rétro-canine dans les fentes commissurales et de dire qu'il n'y a « aucune différence fondamentale (principielle) » entre cette fente oblique et la véritable fente transversale (2).

---

(1) Voy. *Bull. et mém. Soc. chir.*, 1887, nouv. série, t. XIII, p. 405.

(2) MORIAN. *Loc. cit.*, p. 252.

3° Au massif maxillaire supérieur on observe :

a. Tout à fait en dehors, très peu en avant de la commissure, une *fente labiale* qui, *prolongée* va vers le milieu de l'orbite, et *complexe* passe derrière la canine de façon à entrer dans le trou sous-orbitaire. Cette fissure, exceptionnelle, ne semble pas résulter d'un véritable arrêt de développement mais de l'arrachement, par une action mécanique énergique, de tout ce qui est en arrière de la pièce canine.

b. Plus en dedans, existe le *colobome de la lèvre* qui n'ouvre pas la narine, qui, *prolongé*, va s'unir au colobome de la paupière inférieure, et *complexe* fend le massif osseux entre le maxillaire et l'intermaxillaire. La narine et le contour osseux de l'ouverture piriforme (apophyse nasale de l'intermaxillaire) sont intacts et situés en dedans de la fissure. Cette variété s'explique par la persistance de la fente située entre le bourgeon nasal externe et le maxillaire supérieur.

c. Plus en dedans encore est le *bec-de-lièvre vulgaire*, qui ouvre la narine par en bas, et, *prolongé*, remonte, à travers l'aile du nez, jusque vers l'angle interne de l'orbite. *Complexe*, cette fissure fend le rebord alvéolaire entre l'intermaxillaire interne et l'externe, dont l'apophyse nasale reste en dedans. Cette variété semble s'expliquer par la persistance d'une fente située entre le bourgeon nasal externe et l'interne. Quand la voûte palatine est ouverte, cela résulterait d'un défaut de coalescence concomitant des bourgeons nasal interne et maxillaire supérieur.

d. La *fissure médiane* résulte de la non-soudure de la fente médiane, entre les bourgeons nasaux internes. *Simple* et *labiale*, elle est normale chez beaucoup d'animaux (le lapin par exemple) et a été parfois observée chez l'homme (Bouisson). Albrecht nie chez l'homme la fente *complexe* (normale chez certains animaux) et la fente *prolongée*. Ces faits sont certainement rares, mais ils existent. O. Witzel en a publié un cas, il y a quelques années ; récemment Kundrat a insisté sur l'histoire de ce point de tératologie. Cette année, enfin, j'ai montré une pièce de ce genre à la Société anatomique :

la fissure était causée par l'engagement d'une tumeur érectile, venue de la dure-mère au niveau de l'ethmoïde. Je me borne à reproduire ici le dessin de cette tête. La fissure



Fig. 29. — Fente médiane prolongée (causée par une tumeur).

était à la fois complexe et prolongée sur la ligne médiane du nez.

e. L'absence totale ou partielle des parties dépendant du bourgeon frontal donne lieu à une solution de continuité médiane que l'on appelle souvent fissure médiane. Ce terme, employé par Th. Kœlliker, est vicieux, car il engendre une confusion avec la variété précédente. L'absence porte sur les deux incisives ou sur la médiane seulement, la latérale étant alors devant la canine ; elle peut être asymétrique

---

TRAITEMENT MÉDICAL DU CANCER UTÉRIN

Par le Dr **Cordes**, adjoint à la chirurgie obstétricale et gynécologique de Genève.

(CONGRÈS DE WASHINGTON, 1887)

Messieurs,

Ce n'est pas dans le nouveau monde, dans le pays de la chirurgie courageuse et heureuse, qui, comme Gusman ne

connaît pas l'impossible, que je viendrais, si j'en avais le désir, faire la critique d'une intervention utile, sans conteste et qui a déjà, quoique jeune encore, rendu les plus grands services. Elle en rendra encore, et toujours de plus grands, à mesure qu'elle se généralisera davantage, et conservera un bien grand nombre de vies précieuses.

Tout au contraire, s'il me faut parler à cœur ouvert, j'avouerai que, de l'autre côté de l'océan, sauf quelques exceptions, nous sommes trop timides. Nous n'osons pas essayer de faire du bien, dans la crainte de faire du mal.

Nous vous avons jusqu'ici, chers confrères d'Amérique, laissé toutes les hardiesses, nous contentant de vous suivre de loin, comme Jules suivait Énée *non passibus aequis*, dans les voies que vous nous tracez.

C'est même cette timidité qui fait que je n'ai pu choisir pour sujet de la communication que j'ai l'honneur de vous soumettre, une de ces opérations brillantes, que vous avez le secret de réussir, et dont nous vous laissons le monopole, à mon avis, trop incontesté.

Eblouis par les succès obtenus par l'hystérectomie, qui enlève tout l'organe malade, on a, je crois, trop abandonné le traitement médical topique du cancer utérin, qui a donné des résultats moins frappants, mais plus sûrs et plus durables peut-être dans certains cas. C'est sur ce traitement que je désire attirer votre attention pendant quelques minutes. Il a donné, et continuera certainement de donner de bons résultats, en enrayant la marche du mal. Il doit être appliqué dans les cas où l'opération totale ne peut être faite. Ces cas sont communs.

Dans ses *Hunterian Lectures* (*Lancet*, 1887, t. I, p. 357), John Williams dit que 72/100 des opérées survivent à l'opération. C'est dire que 28 y succombent. Sur 40 ablations complètes, Schröder a vu le cancer récidiver 15 fois dans la première année, 7 fois dans la seconde (Williams, p. 360).

Là, en effet, est la question. Quand nous avons enlevé l'utérus cancéreux, tout n'est pas dit. Nous avons il est vrai

supprimé un foyer local d'infection et une cause d'épuisement ; mais la diathèse demeure, prête à se manifester ailleurs, on à récidiver sur place.

N'a-t-on même pas dit que, dans le cancer externe, l'ablation de l'organe malade donne une impulsion nouvelle à la maladie ?

Je ne le crois pas, car s'il en était ainsi, je n'amputerais jamais un sein cancéreux.

Notre devoir est de limiter le mal autant que possible, de ralentir sa marche envahissante, d'en combattre les symptômes dangereux, de nous opposer à l'auto-infection à laquelle la malade est exposée du fait du cancer, et de soutenir ses forces, afin qu'elle puisse *faire les frais* de sa maladie, et de lutter contre elle.

Deux lignes d'historique. Les auteurs ne paraissent pas avoir eu contre cette terrible maladie une thérapeutique fort active. Je ne citai qu'Hippocrate et Celse.

Hippocrate (t. VII, p. 347 §§ 31), recommande d'employer en lavement le dedans écrasé d'une courge, mélangé à du miel. Ailleurs il prescrit un concombre employé de la même façon.

Celse semble n'avoir connu que le cancer du col, il le nomme *ulcère en champignon*, et le traite par les battitures de cuivre et le cérat de myrte, puis par la cautérisation chimique et ignée. C'est un grand progrès. Dans la pratique, nous ne sommes le plus souvent appelés que lorsque le mal est fort étendu ; l'ablation de toutes les parties malades ne peut être faite, les ganglions, le tissu paramétrique, le vagin, les organes voisins sont intéressés (J. Williams, *loc. cit.*) et adhérents. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'une femme nous consulte pour un cancer utérin au début. Aussi bien, les symptômes du carcinome commençant sont fort obscurs. Bouilly, qui vient de publier une leçon sur le diagnostic précoce du cancer (24 oct. 1886) n'a guère éclairé cette question. Le diagnostic est le plus souvent assez incertain pour que nous ne puissions pas propo-

ser une opération dangereuse. J'en vais citer un exemple.

Pour assurer ce diagnostic, nous avons, il est vrai, la ressource d'examiner avec le microscope un fragment arraché à l'utérus, mais souvent, en présence d'une préparation microscopique on voit les anatomo-pathologistes discuter sur la nature du produit qu'ils ont sous les yeux.

Puis la perte de substance laisse une petite partie dénudée, qui, dans le cas de cancer, s'étendra de plus en plus et deviendra le point de départ d'une ulcération qui gagne rapidement, et semble donner une activité nouvelle à la maladie, et nécessite une séparation à courte échéance. Telle est l'opinion du professeur de gynécologie à la Faculté de Genève.

En juillet 1886, je trouvai, en faisant le service de la Maternité, une malade (c'était même un des cas soumis à l'examen des concurrents, je ne puis donc l'oublier) qui présentait des symptômes ambigus. Les opinions des nombreux médecins à qui je l'ai présentée, ont été divergentes. Le professeur penchait pour un cancer, et parlait de l'amputation conoïde, réservant l'hystérectomie pour le cas où elle serait nécessaire. R. Barnes ne croyait pas à un carcinome, moi non plus. J.-H. Bennet de même. Aussi l'ai-je conservée dans le service, sans lui faire subir aucun traitement actif, je me suis contenté de lui faire des applications de glycérine iodée, qui ont amené une diminution du col et de l'utérus. Elle est sortie dans le courant de novembre se croyant guérie, et je l'ai revue à mon cabinet, dans le même état que précédemment. Je l'ai revue le 13 août; elle n'a que des pertes mensuelles assez abondantes.

Nous la verrons peut-être revenir à nous prochainement. Nous aviserons alors.

Elle était parfaitement opérable; l'utérus était mobile, le tissu paramétrique n'était point infiltré; l'hystérectomie aurait été relativement aisée, mais pouvait-on enlever un utérus qui n'était peut-être atteint que de métrite ?

Mais, je le répète, la grande majorité des cancéreuses ne

viennent consulter le médecin, et surtout le spécialiste, que lorsque le cancer qui débute presque toujours par le col (95 0/0 d'après Deverneux, p. 8), et est indolent au début, devient douloureux, et cause des pertes abondantes ou fétides.

Tant que les pertes ne sont pas profuses et presque continues, tant qu'elles présentent une périodicité à peu près régulière, les femmes les prennent pour leurs *règles*. Les femmes, en effet, appellent obstinément règles, tout écoulement de sang plus ou moins pur par les parties génitales. Elles répondent invariablement à nos questions : « je suis bien « mieux *réglée* depuis quelques mois ; je vois tous les 15 « jours, au moins, et plus longtemps ».

Un moyen de distinguer les menstrues des écoulements accidentels ou pathologiques, qui m'a rendu quelque service, est l'existence d'un mouvement alternatif d'ouverture et d'occlusion des lèvres vulvaires, absolument semblable à celui qu'on observe chez les juments en folie, et qui ne se produit que pendant les vraies *règles*.

La douleur ne se fait sentir, le plus souvent, que lorsque le carcinome a envahi le péritoine et les organes voisins, et quand les nerfs ont subi l'altération par hypergenèse du tissu cellulaire et la désagrégation partielle de quelques tubes nerveux, signalée par Cornil (*Anat.*, 1861), et que le tissu cancéreux a pénétré le névrilème, comme l'a dit Broca (*Soc. anat.*, 1864, V. Romieu, p. 8).

Souvent c'est l'odeur des pertes qui décide les malades à s'adresser au médecin ; encore ne paraît-elle que tardivement. Car l'odeur est la preuve d'une ulcération dégénérative, et, à cette époque, les tissus voisins sont déjà envahis.

L'écoulement rosé ou roussâtre, qui se produit d'abord à la suite de la copulation ou d'un choc quelconque, est attribué par la malade à l'orgasme vénérien ou à la secousse matérielle subie par la matrice. Il n'attire guère leur attention que s'il devient fréquent ou presque continu ; car les femmes qui se soignent prennent des injections, et ne regardent souvent pas le liquide qui sort du vagin ; celles qui ne

sont pas soigneuses n'y prennent pas garde au début. Les unes et les autres l'attribuent à l'âge critique, époque à laquelle le cancer est le plus fréquent.

Ce n'est donc qu'exceptionnellement, et comme par hasard que nous pouvons assister au début d'un cancer utérin, lorsque, consultés pour quelque maladie, notre attention est attirée du côté de l'utérus, et qu'un examen local nous permet de reconnaître la lésion.

Dans les leçons que j'ai citées tout à l'heure, J. Williams, a, comme tous les observateurs, reconnu cette disposition des femmes à négliger le début du cancer utérin. Une de ses malades ne s'est fait soigner qu'au bout de 4 ans. Un de ces cas a été pris pour une métrite (cas 3), et traité comme tel, pendant plusieurs années. Nous sommes loin de la moyenne indiquée par Arnolt (Barnes, Mal. fem., p. 101), de 53 semaines pour les vrais cancers, et même de celle de 82 semaines pour les épithéliomas. Les 3/4 des malades qui se présentent à la Clinique sont inopérables (1) (Bétrix). En fait pratique, la malade arrive le plus souvent avec son propre diagnostic ; nous n'avons qu'à le contrôler.

Lorsqu'un cancer utérin se présente à notre observation, les organes voisins sont presque toujours intéressés, et les adhérences de l'utérus avec les organes voisins rendent l'hystérectomie totale dangereuse et difficile, peut-être impossible; on perd le bénéfice de l'opération car on est obligé de laisser des parties déjà affectées. L'hystérectomie totale, avec son éclatant résultat immédiat, ne donne pas au surplus des résultats éloignés bien brillants. J'ai déjà cité la statistique de Schröder.

Voici l'opinion de Williams (p. 359) « In so far as prevention « of recurrence is concerned, total extirpation presents no « advantage on partial amputation ». Pour autant que l'on considère la récidive, l'extirpation totale ne présente aucun

(1) C'est la remarque, faite par Schatz (*Zeits. f. Geb. und Gynäk.*, vol. XIII, p. 89. *Med. chronicle*, 1887, Mars, p. 509).

avantage sur l'amputation partielle. Pourquoi donc exposer la malade aux dangers de l'opération totale, dont le but principal est d'enlever toutes les parties malades ? Pamard (Rép. univ., 1887, p. 7) rapporte un cas où la guérison se maintient depuis 2 ans, après l'amputation faite avec l'anse galvanique.

Williams ajoute que l'hystérectomie totale ne s'oppose pas à l'extension du mal au paramétrium. Il est donc partisan de l'opération partielle. Je partage son avis, mais cette opération ne rentre pas dans mon cadre actuel.

Sur les 22 cas qui font le sujet de ses leçons, 2 femmes ont été hystérectomisées, le cas 14 a succombé rapidement, le cas 20 est mort un mois après l'opération.

Aussi les médicaments employés topiquement pour le cancer sont-ils nombreux, comme ils le sont pour toutes les maladies incurables. C'est d'eux que je veux vous entretenir très brièvement. Je ne parlerai point des remèdes anti-cancéreux internes, dont l'insuccès est notoire, sauf ceux qui agissent comme toniques, en soutenant les forces de la malade.

Le *sulfate de fer* a le grand avantage d'être styptique, hémostatique et désinfectant. Je n'en ai que fort peu d'expérience personnelle sauf comme détersif.

Le *sulfate de cuivre* a donné une amélioration dans quelques cas, en particulier dans le cas 1 de Williams (p. 7).

Je ne dirai rien du *perchlorure de fer*, qui est l'hémostatique le plus infidèle qu'on puisse imaginer.

L'emploi du *nitrate d'argent* a des conséquences déplorables ; sans doute, il arrête l'hémorrhagie, mais il semble présenter le danger de donner un coup de fouet à la production morbide. Lorsque tombe l'eschare on trouve la surface sous-jacente en pleine prolifération (Bétrix, dans le cas de dilatation Vulliet).

L'acide nitrique fumant est fort utile surtout après un raclage bien fait. Il détruit ce qu'il touche et n'a pas l'inconvénient du remède précédent.

Routh et Wynn Williams ont recommandé le *brome* qui,

d'après eux, détruit la vitalité de la cellule cancéreuse. Je ne l'ai employé, comme le *permanganate de potasse*, que comme désinfectant et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Broadbent, ayant observé que *l'acide acétique* agit directement sur la cellule cancéreuse, a proposé cet agent pour l'empêcher de se diviser et de proliférer. Je n'en ai pas obtenu de grands avantages.

J'en dirai autant de la *pepsine*, qu'on a cru devoir *digérer* le cancer; elle ne m'a semblé diminuer en rien le volume de la tumeur; elle n'ôte rien à l'odeur, au contraire, elle prend, au contact de la surface cancéreuse, une odeur d'indigestion très nauséeuse.

La *papaïne* que je n'ai pas essayée, donnerait sans doute les mêmes résultats.

Le *chlorure de zinc*, sous forme de flèches, a donné de bons résultats dans le cancer externe, en détruisant une partie de la tumeur. Dans le carcinome utérin son application sous cette forme est peu praticable; en pâte, il est diffluent; il est difficile d'isoler les organes voisins.

J'en dirai autant, sans les rejeter absolument, de la *potasse caustique* et du *caustique Filhos*. Je n'ai pas eu l'occasion d'employer le *nitrate de plomb*, recommandé par Chéron (*Rev. mal. des femmes*, 1887, p. 188).

Le meilleur destructeur est le *cautère actuel* devenu si maniable depuis que Paquelin lui a donné la forme que vous connaissez. Il m'a donné non des guérisons, mais des améliorations fort évidentes, et a, j'en suis certain, prolongé l'existence des malades sur qui je l'ai appliqué. Il détruit les parties qu'il touche, arrête l'hémorrhagie, diminue l'odeur. Il faut l'employer chauffé au rouge sombre, courageusement et profondément, l'appliquer souvent, aussitôt que l'eschare est tombée, pour détruire, autant que possible, toutes les parties atteintes; on protège les parties voisines à l'aide de l'*anthithermie Schield* de Wilson (1879).

Dans les cas nombreux où je l'ai employé, je n'ai point observé qu'il donnât de l'essor au développement du mal. Il

n'a jamais entre mes mains, causé une occlusion du col.

L'*acide chromique* est un excellent caustique et un bon désinfectant comme tous les caustiques : je n'en ai, dans les cas de cancer, qu'une expérience personnelle fort limitée Burow, de Königsberg, a vanté le *chlorate de potasse.* C'est un excellent désodorant, que je n'ai jamais employé.

L'*arsenic* est aussi un bon caustique; on l'accuse de produire des intoxications, je ne l'ai point observé.

Si l'on m'objectait que le traitement au début du cancer, est presque entièrement limité au col, je répondrais que le cancer primitif du corps utérin est fort rare. Gusserow n'en a réuni que 80 cas, Weiss 43 (Amadéo, p. 35). Koeberlé le signale comme fort rare (*Nouvel. arch. d'obst.*, 1886). Williams de même. Il a de plus observé que le cancer du col n'a que peu de tendance à envahir le corps.

Puis, lorsque le corps utérin est intéressé, la dilatation d'après la méthode de Vulliet permet de porter les topiques jusqu'au fond de l'utérus.

Je ne fais que mentionner l'*alun* et le *tannin*, simples astringents, les solutions *phéniquées, thymiquées, benzinées, coaltarées, salicyliques, mercuriques*, simples désinfectants et l'application des pansements anesthésiques ; *laudanum, ciguë, belladone*, etc. Le *chloral* est à la fois désinfectant et anesthésique mais irritant. J'en dirai autant de *l'eau chloroformée*, etc.

J'arrive enfin au médicament topique qui me semble donner les meilleurs résultats, et j'emprunte à M. Bétrix assistant à la clinique, les éléments de cette question. J'ai nommé le *térébène.*

Depuis quelques années, on emploie à la clinique gynécologique de la Faculté, un genre de pansement qui a la plus heureuse influence sur la fétidité et l'abondance des pertes ichoreuses. Il ne remplace pas le raclage à la curette tranchante, ni les cautérisations ; mais il est indiqué comme pansement intermédiaire, et remplit le but désodorant et antiseptique que l'on se propose.

Nous l'employons mélangé avec P E. d'une huile grasse quelconque. Il nous sert d'abord comme corps gras pour le toucher, et comme liquide d'injection désodorante. Puis, écartant les parois du vagin avec une valve de Sims ou un spéculum quelconque, nous appliquons des tampons de coton du volume d'une grosse noix, imbibé de l'huile térébénée et au nombre de 3 à 5. Un tampon de coton sec, unique, plus gros, les maintient en place. Le pansement est renouvelé tous les deux ou trois jours. La fétidité des pertes est presque annulée, la quantité de l'écoulement est diminuée, la production des végétations et des nodosités cancéreuses est ralentie ; les hémorrhagies sont moins fréquentes et moins abondantes.

De nombreuses observations, que le temps me manque pour rapporter, prises dans notre service spécial de cancéreuses, prouvent l'utilité de ce traitement. Le térébène, est un carbone isomérique de l'essence de térébenthine ($C^{10} H^{16}$). Il est indifférent vis-à-vis de la lumière polaire ; il est incolore, limpide, d'une odeur aromatique, analogue à celle du thym. Il bout à 156° ; et ozonise l'atmosphère, bien plus que son isomère. *Il ne doit pas avoir de réaction acide.*

On le prépare de la manière suivante : Dans 2 kilogr. d'essence de térébenthine rectifiée, on ajoute très lentement 100 grammes d'acide sulfurique, en agitant continuellement. On laisse reposer un ou deux jours, le liquide se sépare en deux couches, la profonde est constituée par $H^2 SO^4$, l'autre est le térébène. On décante avec soin, on filtre soigneusement, puis on chauffe à 100° ou 110° pour chasser les acides sulfureux et carbonique, et on neutralise exactement le liquide avec du carbonate de chaux pur, et on ferme hermétiquement les flacons.

Sans vouloir en quoi que ce soit laisser supposer l'origine microbienne du cancer (et pourtant quelques faits cliniques parleraient bien en sa faveur), sans vouloir empiéter sur le domaine des physiologistes et des bactériologues, nous pouvons essayer d'expliquer l'action du térébène,

sinon sur un organisme spécial, au moins sur les nombreuses bactéries qui se rencontrent toujours dans les plaies en voie de décomposition et de gangrène.

En faveur du traitement local, et comme exemple d'une opinion exagérée, qu'on me permette de citer un chirurgien qu'on n'accusera pas de timidité. Després (*Gaz. des hôp.*, 1887, p. 81-83) : « Ces opérations nouvelles ne sont pas toujours mortelles. Cette ablation ne donne pas une proportion de survie capable de légitimer une opération souvent mortelle ».... « On ne guérit pas plus qu'autrefois, la statistique le démontre. Autrefois, en 1846, il mourait 1 malade sur 10, dans les hôpitaux; actuellement il en meurt 1 sur 7. Cette observation se rapproche de celle de Snéguireff (*Hémor. ut.*, cité dans *Brit. med.*, 1887, n. 116, t. X), qui dit que l'intervention chirurgicale accélère parfois la marche du cancer. Després cite le cas d'une femme qui porte actuellemeut un cancer datant de 2 ans. L'opération, faite au début, aurait pu l'emporter; si elle y avait survécu, on aurait dit, au bout d'un an, qu'elle l'avait sauvée, ou tout au moins qu'elle lui avait donné un an de vie. Ce n'eût pas été exact, puisque, sans opération elle a eu 3 ans de vie supportable.

En terminant, Messieurs, je ne puis que répéter ce que j'ai dit en commençant. Je n'ai point eu l'intention de détrôner l'hystérectomie, ni d'en faire la critique, je regarde comme exagérée l'opinion de O'R. Jackson (*Comptes rendus du Congrès de Washington*) qui vient de dire qu'elle est *injustifiable*; j'ai seulement voulu montrer que, dans la plupart des cas de cancer utérin, elle n'est pas praticable, soit parce que le diagnostie n'est pas sûr, soit parce que le mal est trop étendu, et ramener l'attention des gynécologistes, éblouie par la hardiesse des grands opérateurs, sur le traitement médical qu'elle n'est destinée à remplacer que dans des cas exceptionnels.

REVUE CLINIQUE

VULVO-VAGINITE CONSÉCUTIVE A UN CORPS ÉTRANGER DU VAGIN

CHEZ UNE PETITE FILLE DE SEPT ANS. GUÉRISON

Par le Dr **Jules Rouvier**, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie).

Les observations de corps étrangers introduits dans les cavités naturelles en général, ne sont point rares chez les enfants. Cependant, malgré les recherches minutieuses dans les journaux et les auteurs classiques, je n'ai pu recueillir aucune observation de corps étranger du vagin dans le bas âge. Je crois donc être utile à la science en publiant le fait suivant qui s'est présenté à ma clinique :

Le 9 juillet 1887, l'enfant Edma A, maronite, âgée de sept ans, m'était présentée à l'hôpital Français, dans notre service spécial, par ses parents. Elle était atteinte de vulvo-vaginite. L'examen des parties génitales, nous montra une injection très intense de la vulve, avec dilatation de l'orifice vulvaire et issue à travers cet orifice d'un liquide sanguino-purulent. Le cathétérisme vaginal, pratiqué à l'aide d'une sonde de femme, provoqua des douleurs dans le vagin, et des contractions énergiques de la vulve. L'introduction, difficilement supportée, d'un *speculum nasi*, nous fit voir que l'inflammation s'était généralisée à toute la muqueuse vaginale. Quelle était son origine ? Cette enfant avait depuis longtemps des habitudes d'onanisme, très répandues en Syrie. Il y a sept mois, elle s'amusait avec une enfant de son âge, avec tout le sans gêne oriental, quand cette compagne eut la singulière idée de lui enfoncer dans le vagin, une coquille de noisette qu'elles venaient de croquer ensemble. Après avoir accompli cet exploit remarquable, on se garda bien d'avertir les parents. Le temps passe, mais les symptômes de vulvo-vaginite provoquée par la présence de ce corps

étranger ne tardent pas à se manifester. L'écoulement particulier s'établit, tache le linge, et appelle l'attention de la mère. Un confrère consulté, prescrit des injections vaginales. En voulant les pratiquer, le père sent le bec de la seringue arrêté par un corps dur, dont il pratique aussitôt l'extraction avec une pince. C'était une coquille de noisette; elle avait séjourné quatre mois dans le vagin. On continue le traitement des injections pendant trois mois, la vulvo-vaginite persiste avec une moyenne intensité. On se décide alors à venir me consulter.

Mis au courant de la situation, je me demandai si la persistance de l'inflammation ne tenait pas à la présence dans le vagin d'un fragment du corps étranger. Ma supposition se trouva justifiée. Le cathétérisme vaginal me démontra dans le cul-de-sac postérieur la présence d'un petit fragment détaché de la coquille, offrant environ un centimètre de long, et qui entretenait l'irritation locale. Le fragment fut aussitôt enlevé, et des injections au sous-acétate de plomb prescrites. Douze jours après l'enfant était guérie.

Il est remarquable de constater que le séjour, durant sept mois, du corps étranger dans le vagin a provoqué seulement une vulvo-vaginite sans ulcérations des parois. Une pareille complication eut été sans contredit des plus fâcheuses en amenant par la perforation des cloisons recto-vaginale, ou vésico-vaginale, la production d'une fistule stercorale ou urinaire. Pourquoi un pareil accident n'est-il point survenu? Peut être par le fait de cette singulière tolérance du vagin à tous les âges, qui lui permet, sans inconvénient de conserver des corps étrangers.

DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES EN DEHORS DE LA GROSSESSE. — DE LA DILATATION DU COL

Dr Boissarie (de Sarlat), membre correspondant de la Société de chirurgie.

Nous trouvons dans les Annales (novembre 1878) le résumé d'un travail du Dr Copeman, publié dans le British medical Journal. Dans ce travail nous lisons que l'on peut faire cesser les vomissements de la grossesse en dilatant légère-

ment le col de l'utérus au moyen de l'index. L'auteur publie à l'appui de sa thèse une série d'observations les unes personnelles, les autres communiquées par ses confrères.

Nous avons appliqué ce procédé chez une jeune femme qui a présenté pendant deux mois les vomissements les plus rebelles, les plus graves et chez laquelle nous pouvions soupçonner un commencement de grossesse. La dilatation du col a fait disparaître les vomissements d'une façon presque instantanée. Nous avons pourtant acquis la preuve que l'utérus était vide et que tout soupçon de grossesse devait être écarté. Il découle de ce fait un double enseignement, on peut observer dans l'état de vacuité de l'utérus les vomissements qui non seulement présentent les mêmes caractères que chez les femmes enceintes, mais qui encore sont justiciables du même traitement.

Nous allons résumer cette observation dans ses traits principaux.

Jane V..., âgée de 37 ans, est mariée depuis cinq ans et n'a jamais eu d'enfant. Assez régulièrement réglée mais peu abondamment, elle a eu à diverses reprises des accidents hystériques. Une dernière attaque assez forte remonte à deux ou trois mois. En dehors de cet état névropathique très accusé, sa santé générale ne présente rien d'important à noter. Le 5 février dernier apparâissent les premiers vomissements, ils surviennent brusquement sans cause connue et se répètent deux ou trois fois dans la journée. Ils résistent dès le début à tous les moyens employés pour les combattre. Les règles apparaissent quelques jours après, à leur époque habituelle et en très petite quantité. Leur apparition ne modifie en aucune façon les troubles de l'estomac. Ils deviennent au contraire de jour en jour plus fréquents et apportent un obstacle à la nutrition. Lorsque nous voyons cette malade pour la première fois dans la seconde quinzaine de mars, nous la trouvons dans un état d'amaigrissement très avancé, les traits altérés, l'haleine fétide, avec une fièvre continue. Elle rejette immédiatement la totalité ou la presque totalité des aliments solides ou liquides. Elle ne peut ni quitter son lit, ni se tenir sur son séant; depuis 5 ou 6 semaines toutes les médications usitées en pareil cas sont restées

sans effet, le lavage de l'estomac n'a donné aucun résultat. Les règles n'ont pas reparu dans le mois de mars. Au toucher nous trouvons un col long, conique très dur ; l'utérus petit mais peu mobile paraît enclavé dans le petit bassin.

Pour songer à une grossesse nous n'avons que deux signes de présomption; l'absence des règles aux dernières époques, et les vomissements graves et subits qui persistent depuis 6 semaines. Nous ne pouvons attendre une démonstration plus complète, la situation est pleine de périls. Il importe d'y remédier. Guidé par l'analogie des symptômes nous cherchons dans le traitement appliqué aux vomissements des femmes enceintes un remède aux accidents que nous observons.

Le 5 avril j'introduis la première phalange de l'index dans l'intérieur du col et je le dilate d'une façon sensible. Cette dilatation est assez difficile, car le col est long, conique et dur, je ne pénètre pas jusqu'à l'orifice interne. La malade se plaint de douleurs dans le ventre et d'une sensation de courbature dans les membres inférieurs.

Cette première dilatation arrête complètement les vomissements pendant deux jours. Depuis le 5 février il n'y avait pas eu un seul jour de répit. Je répète deux fois encore la dilatation, la deuxième fois le 12 avril après un vomissement pénible et violent qui avait reparu. Depuis cette époque tous les accidents ont cessé, la guérison ne s'est pas démentie. Je dois dire pourtant que le retour des règles à la fin d'avril a ramené quelques nausées. La convalescence n'en a pas moins continué son cours, d'une façon assez lente mais graduelle et aujourd'hui notre malade ne conserve aucune trace de ces troubles profonds qui ont mis sa vie en danger.

A quelle cause pouvons-nous attribuer ces vomissements? à une grossesse? non. Les époques supprimées une seule fois ont repris leur cours sans douleurs, sans hémorrhagie, sans caillots.

Les sympathies si nombreuses qui existent entre l'utérus et l'estomac nous fournissent l'explication la plus rationnelle de ce symptôme. Ces sympathies que la grossesse réveille au plus haut degré se manifestent chez certaines femmes à chaque période menstruelle. Nous voyons, en effet, dans ce fait que nous analysons, le retour des règles ramener encore quelques nausées, et nous saisissons ainsi la preuve maté-

rielle de la sympathie que nous invoquons. Le traitement devient plus probant encore et nous donne une pierre de touche irrécusable. La dilatation du col arrête ici comme dans la grossesse les vomissements, et semble rompre le lien réflexe qui unit l'utérus à l'estomac.

Sans doute les vomissements incoercibles des femmes enceintes constituent un symptôme parfaitement défini, qui a ses caractères propres, bien délimités, bien connus, cependant nous avons tous pu observer des accidents analogues en dehors de la grossesse et plus particulièrement chez les hystériques, et ce sont probablement des vomissements hystériques que nous avons eu à combattre dans notre observation ; mais l'intérêt réside moins dans le rapprochement ou l'opposition des symptômes que dans l'action du traitement qui, dans les deux cas, arrête les vomissements avec la même certitude, la même énergie. Si l'idée d'une grossesse possible ou probable ne s'était présentée à notre esprit, jamais nous n'aurions songé à pratiquer la dilatation du col. Désormais chez toute femme, enceinte ou non, atteinte de vomissements opiniâtres, nous n'hésiterons pas à recourir à un mode de traitement aussi simple qu'inoffensif. Chez les femmes enceintes nous pourrons quelquefois sans provoquer l'avortement arrêter ces vomissements si pénibles, souvent si graves. En dehors de la grossesse nous trouverons aussi dans ce mode de traitement un moyen précieux et qui mérite d'être retenu.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS DE WASHINGTON (1)

Section de gynécologie.

Président : le Dr HENRI O. MARCY, de Boston.

Secrétaires : les Drs GEORGES APOSTOLI, de Paris ; ERNEST W. CUS-

(1) Nous devons la communication de ce compte rendu à notre obligeant confrère de New-York, le *Medical Record*.

HING, de Boston ; HORATIO R. BIGELOW, de Washington, et CARL PAWLECK, de Vienne.

Lundi 5 *septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.*

Après avoir souhaité la bienvenue aux hôtes étrangers, le docteur MARCY parle de Marion Sims à la fois avec orgueil et avec chagrin. C'est lui qui a fait donner aux Etats-Unis le titre de berceau de la gynécologie. Si la mort n'était point venue l'enlever à la force de l'âge, sa parole éloquente aurait remplacé mon modeste discours. Puissions-nous dans nos transactions imiter sa droiture d'esprit dans la recherche de la vérité.

Dr NATHAN BOZEMAN, de New-York. — **Du drainage artificiel simultané de la vessie, des reins et de l'utérus par le vagin, avec et sans pression graduée.**

Les conclusions sont les suivantes :

1° On n'accorde pas assez d'importance au temps final de l'opération de la fistule ; il en constitue la principale difficulté.

2° L'occlusion de l'orifice de l'utérus et l'incision du col dans la vessie et le rectum sont de mauvaises opérations entraînant l'abolition des fonctions génératrices et donnant lieu à de la cystite.

3° Une grande amélioration consiste dans le drainage combiné à la dilatation du vagin ; il remédie aux inconvénients de l'incontinence d'urine et il aide à la cicatrisation des incisions.

4° Dans les fistules incurables nous pouvons atténuer les souffrances qu'entraîne l'incontinence d'urine par le drainage.

5° La colpo-cystotomie pratiquée dans les cas de cystite n'est plus contre-indiquée, grâce à ce système de drainage.

6° Je crois que l'opération que j'ai nommée colpo-uréthrocystotomie, suivie de l'examen des uretères et du bassinet, et de leur traitement lorsqu'ils sont malades, a pour elle un brillant avenir. Elle pourra se pratiquer dans les pyélites, les calculs des reins et l'obstruction des uretères.

Dr HORATIO R. BIGELOW, de Washington. — **Gynécologie conservatrice.** — Les opérations sont souvent pratiquées sans nécessité et l'on peut parfois guérir les tumeurs de l'utérus et les maladies inflammatoires des trompes et des ovaires sans l'aide du bistouri. Il condamne l'oophorectomie pratiquée pour l'hystérie. La chirurgie

abdominale doit être pratiquée, exclusivement, par des hommes compétents.

Dr W. W. POTTER, de Buffalo. — **De l'emploi du tampon vaginal dans l'inflammation pelvienne.**

Il est d'avis que beaucoup de maladies des annexes de l'utérus, traitées méthodiquement à leur début, pourraient guérir sans opérations et que pour obtenir ce résultat le tamponnement régulier, prolongé et systématique du vagin constitue l'agent le plus sûr ; mais il faut que le tamponnement soit fait avec soin et, dans les cas de déplacement des organes du bassin, il doit se pratiquer dans la position génu-pectorale.

Dans les déplacements en arrière de l'utérus, le doigt seul doit servir à replacer l'organe. L'on introduira ensuite le tampon. Le même traitement s'applique au prolapsus et aux inflammations des ovaires. Le tamponnement constitue, dans les érosions et les ulcérations du col, dans l'hypertrophie de la matrice, dans la cystocèle, dans la rectocèle, etc., un mode de traitement soit préparatoire soit curatif. Il en est de même dans les inflammations pelviennes, qu'elles soient d'origine péritonéale, cellulaire ou tubaire.

Le Dr J. E. BURTEN (Liverpool), lit un essai intitulé : **A quelle époque de la grossesse tubaire devons-nous opérer ?**

L'opération n'est pas un succès au point de vue thérapeutique ; même les cas favorables ne guérissent qu'au bout de douze mois. Elle est indiquée dans les conditions suivantes :

1o Fibro-myome à évolution rapide, compliquée d'hémorrhagies.

2o Pyo-salpynx avec péritonite.

3o Ovarite chronique avec douleur localisée.

4o Paramétrite.

5o Dégénérescence kystique des ovaires avec douleur.

6o Dans les névroses d'origine nettement ovarienne qui ont résisté des années à tout traitement.

L'opération ne doit jamais se faire dans l'hématocèle des trompes, dans l'hémato-salpyngite et dans la gestation ectopique.

La laparotomie et le drainage peuvent être indiqués, l'ablation des organes jamais.

Section d'obstétrique.

Président : le Dr De Laskie Miller, de Chicago.

Secrétaires : les Drs W. W. Jaggard, de Chicago; Joseph Kucher, de New-York; et J. Williams, de Londres.

Lundi 5 septembre. — Première journée. — Séance de l'après-midi.

Le président après avoir souhaité la bienvenue à ses confrères de l'étranger, parle des difficultés qui se rencontrent dans la pratique de l'obstétrique; il espère que la crâniotomie dans les bassins étroits sera exceptionnellement pratiquée, car la mortalité maternelle est beaucoup plus grande qu'on ne le croit.

Pour le traitement de la gestation ectopique nous avons besoin de règles plus précises. Le diagnostic doit être fait au début; dans ce cas, l'électricité peut rendre de grands services. La propreté constitue le meilleur agent d'asepsie dans l'état puerpéral.

On passe à la lecture d'un essai envoyé d'Angleterre par le Dr J. Braxton Hicks, intitulé: **Des contractions de l'utérus pendant la durée entière de la grossesse et de leur valeur dans le diagnostic de la grossesse, soit normale soit compliquée.**

Il y a déjà quinze ans que l'auteur a fait remarquer que l'utérus se contractait pendant la durée entière de la grossesse, à des intervalles variant de cinq à vingt minutes. Depuis lors il a fait de nombreuses recherches.

Avant le quatrième mois, la contraction est constatée à l'aide du toucher bimanuel. Après cette époque, l'examen externe suffit. L'utérus gravide n'offre pas de résistance au toucher, sauf pendant sa contraction. Souvent chez une jeune fille, l'examen de l'abdomen suffit à faire porter un diagnostic sans l'aide du toucher vaginal.

Il conclut :

1° Que l'utérus se contracte à des intervalles de cinq à vingt minutes pendant la durée entière de la grossesse; il reste en contraction de trois à cinq minutes.

2° Que l'utérus, pendant la contraction, est si rigide qu'il est difficile d'obtenir la délimitation du fœtus, quoique cela soit facile pendant les intervalles.

3° L'existence des contractions nous permet souvent de porter le

diagnostic différentiel entre la grossesse normale et d'autres conditions.

4° Les contractions, au point de vue physiologique, ont pour fonction de vider les veines utérines du sang privé d'oxygène qu'elles contiennent.

5° C'est du reste ce sang qui constitue l'agent excitateur des contractions,

Le professeur ALEXANDRE SIMPSON (Édimbourg), dit que la contraction utérine pendant la grossesse est un fait accepté de tous, et qu'elle aide souvent à faire un diagnostic dans des cas difficiles.

Le Dr A. F. A. KING (Washington), trouve que c'est un signe souvent difficile à reconnaitre et qui a de la valeur surtout après le troisième mois.

Le professeur CHARPENTIER (Paris), apprécie la valeur très réelle de ce signe, et relate l'observation d'un cas d'hydramnios où sa présence permit de faire le diagnostic.

Le Dr DUNCAN C. MAC CALLUM (Montréal), fait une communication sur **Les hémorragies supplémentaires.**

Professeur F. LAZAREWITCH (Saint-Pétersbourg). **Du mécanisme du travail et du forceps normal.** Il a fait construire un forceps à branches droites et parallèles.

1° Le forceps doit être considéré comme un simple appendice des mains.

2° Plus les cuillers sont petites, plus il est facile de les introduire.

3° Les risques de traumatisme augmentent avec la dimension de la cuiller.

4° Les bords convexes ne doivent être ni trop minces ni trop épais.

5° L'instrument doit s'articuler facilement, en permettant une légère rotation longitudinale des branches.

6° Les branches doivent être parallèles.

7° Les manches doivent être construits pour faciliter l'introduction.

8° Le forceps doit être fabriqué de métal poli, afin de pouvoir le rendre facilement aseptique.

9° Il est inutile et même nuisible de donner à l'instrument une courbe pelvienne.

10° Le forceps parallèle, qu'il nomme forceps normal, remplit toutes ces conditions.

Le Dr W. S. Sterwart (Philadelphie) présente un **Forceps à branches parallèles.**

Section de gynécologie.

Mardi 6 *septembre. — Deuxième journée. — Séance du matin.*

Thomas Moore-Madden (Dublin). **Des causes et du traitement de la stérilité.**

Les cas que l'auteur a réunis peuvent se diviser comme suit:

1° Ceux dans lesquels la stérilité est causée par l'impuissance sexuelle ou par une obstruction mécanique siégeant sur le trajet de la vulve aux ovaires

2° Les cas de stérilité vraie; inaptitude à la fécondation par suite d'affections congénitales ou acquises de l'utérus ou de ses annexes.

3° Cas de stérilité dus à des causes constitutionnelles.

4° Cas dans lesquels la cause paraît être d'un ordre moral.

Le rétrécissement du canal cervical est la cause la plus fréquente de la stérilité ; une opération peut seule la guérir.

L'auteur passe ensuite aux flexions de la matrice et au rôle qu'elles jouent dans l'étiologie de la stérilité, à l'endométrite chronique et aux affections des trompes. Il ne conseille pas leur ablation, car leur ponction ou leur cathétérisme suffisent souvent.

Le Dr S. C. Gordon (Portland) ne croit pas qu'il y ait de canal assez étroit pour empêcher le passage des spermatozoïdes.

Le Dr Graily Hewitt croit que le redressement de l'utérus fait plus de bien que sa dilatation.

Les Drs Lapthox Smith et Daniel J. Nelson attribuent souvent la cause de la stérilité à l'impuissance du mari.

Le Dr Reeves Jackson, de Chicago, fait une communication sur **le traitement moderne du cancer utérin.**

Il est basé sur la théorie de l'origine locale du cancer de la matrice; son ablation complète seule peut en amener la cure radicale.

Conclusions :

1° Toute opération qui n'enlève pas entièrement les tissus altérés, sera suivie de récidive.

2° Il est impossible de fixer les limites de l'extension du processus néoplasique ; aussi n'y a-t-il pas d'intervention opératoire qui garantisse son ablation complète.

3° C'est pourquoi une opération dangereuse ne doit pas être pratiquée si l'on peut avoir recours à un traitement plus bénin.

4° D'autres méthodes de traitement, six fois moins mortelles que ne l'est l'hystérectomie vaginale, donnent des résultats tout aussi satisfaisants quant à l'amélioration des accidents et quant à la probabilité de la récidive.

5° L'hystérectomie vaginale ne diminue point la souffrance. Au lieu de prolonger la vie de la patiente, elle la met en danger.

Le professeur Graily Hewitt (Londres), lit un mémoire intitulé : **Des rapports qui existent entre les modifications de structure de l'utérus et les changements qui se produisent dans sa forme.**

L'on se sert, en général, du terme métrite chronique pour indiquer les altérations de la substance utérine. Il existe une modification anatomique de la matrice, qui apparaît quelquefois vers l'âge de la puberté, surtout chez des jeunes femmes qui ont eu une alimentation insuffisante ; les tissus utérins sont mous, la patiente souffre. Cette mollesse n'est pas d'origine inflammatoire ; l'organe est très flexible et il existe, en général, une flexion marquée.

L'auteur a décrit cet état il y a dix ans, et l'a observé souvent depuis lors ; le Dr Charles D. Scudder en parle sous le nom de *mollities utérines.*

Cette altération anatomique de l'utérus doit être considérée comme un facteur important dans la production et dans l'augmentation des flexions de l'organe.

L'utérus étant flexible à l'état anormal, tout effort tendra à reproduire et à augmenter la flexion.

La flexion est permanente une fois que le tissu utérin a repris sa consistance ferme.

La flexion résulte quelquefois d'une malformation congénitale, ou d'un arrêt de développement à l'époque de la puberté, sans altération des tissus.

Chez les multipares, il existe une condition analogue, connue sous le nom d'involution utérine défectueuse, dans laquelle la substance de l'organe est molle ; la flexion en résulte souvent.

L'utérus se fléchit d'une manière permanente dès que se déclare le processus de durcissement, désigné par Jacobi sous le nom de métrite chronique.

L'endométrite est causée par une hypertrophie congestive de la

muqueuse utérine, et par la rétention de sécrétions irritantes; sauf dans le cas de gonorrhée ou de syphilis, l'endométrite serait donc secondaire.

Séance de l'après-midi.

Dr W. H. Wathen (Louisville). **De la dilatation rapide du col de l'utérus.**

L'auteur a eu l'occasion de remarquer les mauvais résultats que donne la dilatation du canal cervical par les tentes et les incisions pratiquées pour la cure de la dysménorrhée et de la stérilité. La dilatation rapide par le dilatateur à deux valves, ou mieux encore par un instrument de son invention qui remplace le dilatateur d'Elhinger, modifié par Goodell, donne des résultats beaucoup plus satisfaisants. Elle guérit presque toujours la dysménorrhée et abolit souvent la cause de la stérilité.

L'incision antérieure, postérieure, ou bilatérale du col, s'étendant jusqu'à la paroi vaginale, ou à travers l'orifice interne, vaut mieux que l'introduction de la tente.

Il dilate le col dans son cabinet de consultation, sans anesthésie locale ou générale, et permet à la patiente de rentrer chez elle quelques minutes après. Quand il veut dilater au delà d'un centimètre, il fait une piqûre de morphine et d'atropine et endort sa malade avec du chloroforme avant d'opérer.

Il recommande la plus grande propreté et l'observation de précautions antiseptiques. Il se sert de dilatateurs de trois grandeurs différentes.

L'opération est contre-indiquée dans le cas d'inflammation pelvienne et d'affection des trompes ou des ovaires ; il faut en outre être certain que la cause des désordres réside dans le canal cervical.

Le Dr A. Martin (Berlin), constate que l'opération a fait de remarquables progrès et que l'instrument dont se sert le Dr Wathen remplit mieux les indications que les anciens dilatateurs. *L'on dilate pourtant trop souvent.*

Section d'obstétrique.

Mardi 6 *septembre. — Deuxième journée. — Séance de l'après-midi.*

Dr James C. Cameron (Montréal). **De l'influence de la leucémie sur la grossesse.**

Nos connaissances sur ce sujet sont très limitées. Nous savons que cette affection est fréquente chez les femmes, surtout à l'époque de la grossesse ou de la menstruation; son effet sur les organes de la génération est peu connu. Elle se développe fréquemment vers la fin de la grossesse.

Il cite l'observation d'une malade, chez laquelle la leucémie était héréditaire.

Professeur A. Charpentier (Paris). **De l'urémie expérimentale.**

Il donne le résultat d'expériences ayant pour but de provoquer l'urémie chez des animaux pendant la grossesse. Il a fait, dans le sang, des injections d'urée jusqu'à ce qu'elle s'y présentât en excès. Dans ce cas, la mort du fœtus précédait celle de la mère, et la quantité d'urée trouvée dans ses veines était supérieure à celle que contenaient les veines de la mère. C'était là, du reste, la cause de la mort du fœtus.

Alexander R. Simpson (Edimbourg). **De l'uniformité dans la nomenclature obstétricale.**

Le Dr William T. Lusk (New-York), fait une communication sur **Le pronostic de la section césarienne.**

Il condamne sévèrement la facilité avec laquelle on a recours à la crâniotomie. Pour la section césarienne, un résumé consciencieux des statistiques donne des résultats très favorables, même avec la méthode ancienne, lorsque les conditions sont bonnes et que l'opération est pratiquée avec habileté. Il est, en général, possible d'éviter une issue fatale.

L'auteur compare les résultats brillants obtenus à l'étranger à la mortalité élevée des dernières opérations américaines.

Ce qui entrave le progrès dans ce pays c'est le diagnostic faux; tout médecin doit s'exercer à reconnaître les malformations du bassin. L'opérateur doit au moins posséder la connaissance théorique de la technique à suivre.

M. Sänger (Leipzig). **De l'opération césarienne.**

Le procédé opératoire de l'auteur est préférable à celui de Porro lorsque l'enfant est vivant ou lorsque l'enfant est mort et que la crâniotomie ou l'embryotomie entraîneraient la mort de la mère. L'opération ne doit être pratiquée que si la cavité utérine a été maintenue aseptique; elle doit être faite de bonne heure.

Il insiste sur les points suivants :

1° Précautions antiseptiques rigoureuses.

2° L'incision abdominale, longue de seize centimètres, doit porter sur la ligne blanche, sur le centre du fond de l'utérus.

3° Il vaut mieux ne pas retirer l'utérus de la cavité abdominale, à moins que le fœtus ne soit mort ou que l'opérateur n'ait pas assez d'aides.

4° La ligature élastique ne doit pas être placée avant d'ouvrir la matrice, car elle met en danger la vie de l'enfant ou elle peut comprimer une partie du corps de l'enfant, si bien qu'il faudrait qu'elle fût desserrée au moment où l'opérateur a besoin de ses mains pour un acte plus important.

5° Il faut pénétrer dans l'utérus par une incision médiane antérieure ; sectionner le placenta ou le pousser de côté ; extraire l'enfant par les jambes et si la tête est prise, étendre l'incision à son extrémité supérieure, afin d'éviter toute lacération de l'utérus dans la direction du col. En même temps un aide comprime les parois abdominales vers l'utérus afin d'éviter la sortie de l'intestin ou l'entrée de liquides dans la cavité péritonéale.

6° Le danger d'hémorrhagie n'est pas aussi grand qu'on le suppose. La torsion et la flexion légères de l'utérus et des ligaments larges l'empêchent en général. Il faut se passer de la ligature élastique, si possible.

7° Les bords de la plaie utérine doivent être réunis par de nombreuses sutures. Il faut éviter que les points de suture passent dans la cavité utérine. Il faut obtenir l'adossement exact des surfaces séreuses. La soie est préférable au fil d'argent. Le catgut préparé dans de l'acide chromique, ou du bichlorure donne d'excellents résultats.

Le Dr W. H. Wathen (Louisville), fait une communication sur **La section abdominale pour la délivrance du fœtus.** Il la préfère à la crâniotomie.

Section de gynécologie.

Dr Ernest W. Cushing (Boston). **De la dégénérescence cancéreuse des glandes hyperplasiques du col de l'utérus.**

Ruge et Veit ont décrit une condition spéciale des glandes, qui représente un état intermédiaire entre la formation bénigne et l'altération maligne. Ils attachent une grande importance à l'invasion des glandes par les cellules épithéliales ; ils s'accordent en

cela avec Thiersch et Waldeyer. L'auteur croit que la signification de ces phénomènes a été exagérée.

La question présente un grand intérêt pratique au point de vue du diagnostic microscopique des affections suspectes du col de l'utérus, car il est admis que l'on ne peut pas se fier à l'œil ou au toucher seuls, et l'examen microscopique décide si l'on doit avoir recours à l'hystérectomie vaginale ou à l'amputation du col.

Dans la majorité des cas de Ruge et Veit, le carcinome ne s'était pas développé dans la glande nouvellement formée, mais sous forme de masses cellulaires contenues dans des alvéoles de tissu conjonctif; il n'avait donc pas de connexions évidentes avec l'épithélium de la surface des glandes.

Dans quatre observations sur vingt-deux, Ruge et Veit ont trouvé des traces d'induration dans les glandes et leur envahissement par l'épithélium ; cette condition ne saurait indiquer que la présence d'adénome, et non de carcinome.

Cependant, il ne faut pas exclure la possibilité du cancer, parce que le diagnostic n'est pas assuré et qu'il vaut mieux exciser largement les tissus altérés.

Il est utile de cautériser la plaie après l'ablation du carcinome pour empêcher l'infection de se propager par les vaisseaux et les lymphatiques qui ont été ouverts dans le cours de l'opération.

Dr FRANKLIN H. MAREIN (Chicago). **Du traitement des fibromes de l'utérus, par des courants électriques forts, basés sur un dosage exact.**

La méthode instituée par le Dr Apostoli constitue un agent thérapeutique rationnel pour le traitement des fibromes utérins sans douleur et avec des résultats excellents. L'observation de ces principes et une série d'expériences pratiques permettent à l'auteur de déterminer un dosage exact, grâce auquel il peut employer l'électricité, sans jamais dépasser les limites de la tolérance, même chez les malades les plus sensibles.

Il ne reconnaît que deux variétés d'opérations :

1° Galvanisme intra-utérin positif (galvano-caustique positive d'Apostoli).

2° Galvanisme intra-utérin négatif (galvano-caustique négative d'Apostoli).

Ces opérations ne sont ni dangereuses ni doulourenses.

Les avantages principaux de cette méthode sont :

1° Elle est absolument sans danger.

2° Elle ne cause pas de douleur.

3° Elle fait toujours cesser les hémorrhagies.

4° Elle fait diminuer rapidement les tumeurs.

5° Elle soulage les douleurs névralgiques.

6° Elle est basée sur des principes qui permettent un dosage exact.

Dr Thomas Moore-Madden (de Dublin). **Quelques considérations sur la pathologie et sur le traitement des lacérations du col de l'utérus.**

C'est une question dont les gynécologues de la Grande-Bretagne ne se sont occupés que fort peu, si bien qu'ils connaissent à peine l'opération d'Emmet et les indications de la trachélorraphie.

Dans la pratique obstétricale, les lacérations du col donnent lieu à deux complications, auxquelles on ne fait qu'une allusion insuffisante dans les ouvrages anglais et américains relatifs à ce sujet, c'est-à-dire une hémorrhagie, suite de couches, difficile à arrêter, et quelquefois la septicémie puerpérale.

On ne reconnait pas assez l'avantage qu'il y a, dans ses lacérations très étendues, à pratiquer plutôt l'amputation du col que la trachélorraphie.

L'auteur se sert de l'écraseur ou du galvano-cautère.

Il est d'avis que la majorité des cas de lacération ne justifient aucune intervention chirurgicale ; mais dans les cas qui l'exigent, l'amputation du col enlève toute trace de tissu malade et empêche ces parties lacérées et hypertrophiées de devenir peut-être plus tard, le siège de néoformations malignes.

Dr Leopold Meyer (Copenhague). **Contribution à la pathologie de l'inflammation de la membrane interne de l'utérus** (endométrite chronique du corps).

1° (*a*) L'on trouve en général deux variétés de cellules ou plutôt de noyaux, dans le tissu interglandulaire ; l'une dont les noyaux sont à peu près de la grandeur d'un corpuscule sanguin, se colorent à l'hématoxyline et au carmin, avec des nucléoles présentant rarement une condition granuleuse ; l'autre dont les cellules ressemblent beaucoup aux cellules de la caduque.

(*b*) Cette seconde variété se trouve aussi bien chez la femme vierge que chez celle qui a été enceinte.

(*c*) Les deux variétés semblent provenir de cellules, qui existent normalement dans le tissu interglandulaire. La muqueuse nor-

male contient des cellules de la deuxième espèce pendant la menstruation.

(*d*) L'on trouve en outre des cellules, du tissu conjonctif et des corpuscules sanguins blancs.

2° Dans l'endométrite chronique l'épithélium peut conserver sa forme caractéristique, mais en général il s'altère.

Dr ALFRED C. GARRETT (Boston) fait une communication sur **Le traitement des tumeurs du sein, par l'électrolyse.**

Presque toutes les tumeurs du sein encore jeunes, guérissent par l'emploi de l'électricité; aussi doit-on s'efforcer de les diagnostiquer et de les traiter le plus tôt possible.

Sur 186 tumeurs traitées depuis 1864 par l'auteur, 157 ont disparu définitivement.

Séance de l'après-midi.

Dr W. H. WEEKS (Portland). **Myome pendant la grossesse.**

La question d'une intervention est loin d'être décidée. Doit-on préférer l'avortement, ou attendre pour faire une laparotomie, le moment des couches? L'auteur préfère la section abdominale, si l'on n'attend pas trop longtemps pour la pratiquer.

Dr LAWRENCE (de Bristol) examine la question suivante :

Doit-on permettre à une femme souffrant d'une tumeur fibreuse de se marier ?

Il faut toujours expliquer à la malade les conséquences possibles d'une grossesse et d'un accouchement.

Dr ALEXANDER DUNLAP (de Spritgfield), lit un article intitulé : **Histoire des premières ovariotomies en Amérique.**

Professeur A. CORDES (Genève). **Traitement médical local du cancer utérin** (1).

Dr LAPTHORN SMITH (Montréal). **Une nouvelle théorie sur les déplacements de l'utérus; leur traitement par l'électricité.**

Dr APOSTOLI (Paris). **Quelques applications nouvelles du courant induit ou faradique à la gynécologie.**

Section d'obstétrique.

Mercredi 7 Septembre.—Troisième journée.—Séance du matin.

Discussion sur la **section césarienne.**

Le professeur ALEXANDRE SIMPSON (Edimbourg).

(1) V. page 272.

Il divise en deux groupes les cas dans lesquels la laparotomie est indiquée :

1° Lorsque le pronostic est grave à cause de la préexistence de conditions inflammatoires ou septiques.

2° Lorsqu'il nous est possible de choisir pour l'opération un moment et un emplacement tels que nous pouvons être certains de réussir.

La méthode que l'on doit choisir est celle de Sänger, à moins que l'utérus ne soit malade et que son ablation ne soit nécessaire. Dans ce cas il ferait l'opération de Porro.

Le professeur AUGUSTE MARTIN (Berlin), considère que la modification de Sänger est très importante, car elle fait de l'opération césarienne une opération peu dangereuse; cependant, dans les rétrécissements du bassin peu considérables, l'on doit au préalable avoir recours à d'autres procédés plus simples.

L'auteur a opéré dans un cas de grossesse compliquée de myome du col, ainsi que l'a fait Sänger. S'il existe un carcinome des organes pelviens nous devons délivrer l'enfant et essayer de faire l'ablation de la tumeur. Si l'utérus est atteint d'affection septique, il faut l'enlever. Il a opéré sur une femme rachitique atteinte de désordres cardiaques et pulmonaires si graves, qu'il craignait que la grossesse ne lui fût fatale; il a sauvé l'enfant et la mère, qui est morte ultérieurement d'accidents du côté des poumons.

Il faut une connaissance approfondie de la technique; avec elle l'opération de Sänger ou de Porro est justifiée. Les statistiques de cette dernière sont peu favorables à cause d'opérations italiennes faites dans des conditions déplorables.

La section césarienne permet une guérison complète, tandis que l'opération de Porro abolit les fonctions reproductrices de la femme.

La laparotomie doit se faire dans les cas où la délivrance par le bassin, d'un enfant vivant semble impossible quand des néoplasmes rétrécissent le diamètre du canal ou compliquent le cours de la grossesse, et lorsqu'il existe des maladies qui, pendant l'état puerpéral, mettraient en danger la vie de la mère et de l'enfant.

Si nous croyons que la mère peut supporter une autre grossesse, choisissons la section césarienne, sinon, adressons-nous à l'opération de Porro.

Le Dr JOSOPH TABER JOHNSON (Washington), croit comme LUSK et WATHENS, que le retard ou l'emploi antérieur d'autres méthodes

est souvent fatal. Les résultats étonnants obtenus à l'étranger dépendent de l'habileté déployée par des opérateurs expérimentés.

Le Dr Balls-Headly (Melbourne), conseille la section abdominale dans les rétrécissements du bassin et dans le carcinome du col. Pour lui l'opération est facile.

Le Dr Doléris (Paris) partage l'opinion de Lusk et de Martin. Il conseille l'emploi de la ligature élastique.

Le Dr W. W. Jaggard (Chicago) trouve que, dans les cas de rétécissement où l'enfant peut être délivré par les voies naturelles, il faut tenir compte des considérations suivantes :

1° La crâniotomie n'exige pas plus d'habileté que n'en possède tout bon obstétricien, s'il a à sa disposition les instruments nécessaires, c'est-à-dire le trépan courbe et le crânioclaste de Braun.

2° La mortalité dans la crâniotomie est pour ainsi dire nulle, si elle est pratiquée à temps, avec des précautions antiseptiques.

3° Il est difficile d'obtenir le consentement de la mère, à moins d'employer tous les moyens de persuasion.

4° Il existe beaucoup de sentimentalité à l'égard de la valeur de la vie de l'enfant *in utero*. L'intérêt qu'il excite est purement scientifique, résultat souvent de la satisfaction que l'on a de mener à bonne fin une expérience opératoire difficile.

Le Dr William T. Lusk, de New-York, dit que les considérations émises par le Dr Jaggard, ne cadrent pas avec les faits qu'il a observés dans le cours de ses dernières investigations. La crâniotomie est une opération difficile, qui nécessite de l'habileté et l'emploi de bons instruments.

La compression qu'exerce la ligature élastique est dangereuse, car elle produit de la paralysie.

Séance de l'après-midi.

Dr J. A. Doléris, de Paris, lit un mémoire intitulé : **Le traitement et la restauration chirurgicale du col pendant la grossesse.**

Il communique une observation dans laquelle le col avait subi une lacération étendue pendant une grossesse antérieure, la malade devint enceinte de nouveau, et souffrait d'un écoulement abondant, fétide, probablement blennorrhagique. Il existait de la douleur vaginale intense, et la cicatrice cervicale était très sensible au toucher. Tous les efforts thérapeutiques ayant échoué, il plaça quatre points de suture de chaque côté du col ; tampon de gaze

iodoformée dans le vagin. Il obtint un résultat excellent, qui n'influa en rien sur la marche de la grossesse. il a, du reste, opéré plusieurs fois dans des circonstances analogues. Une lacération sérieuse peut amener l'avortement ou une fièvre puerpérale.

Au point de vue de l'avortement, le danger suscité par l'intervention est exagéré par la plupart des auteurs.

Le Dr OPIE (Baltimore), condamne toute opération sur le col pendant la grossesse, car elle tend à produire un avortement, même lorsqu'elle est pratiquée par un gynécologue habile.

Le professeur LEISCHMANN (Angleterre), est du même avis, bien qu'il admette que c'est peut-être une idée préconçue chez lui.

Dr JOSEPH KÜCHER (New-York). — **Du rapport de l'atmosphère avec la fièvre puerpérale.**

Il rappelle l'importance de la ventilation parfaite des Maternités, et pose la question suivante : *Quelle influence l'air impur a-t-il sur la fièvre puerpérale ?* L'agglomération de malades dans la même salle ne saurait en être cause, à défaut d'une source d'infection septique. L'air pur facilite la rapidité de la convalescence.

Dr THOMAS MOORE-MADDEN (Dublin). **De la prévention et du traitement de la septicémie puerpérale.**

Les accidents fébriles qui suivent la grossesse ne sont que les manifestations d'une fièvre puerpérale spécifique, qui prend naissance de trois manières : de l'inoculation par les microbes de maladies cliniquement identiques (l'érysipèle et la scarlatine) ; de l'infection par les microbes caractéristiques provenant de malades atteintes de fièvre puerpérale ; ou d'auto-infection, causée par un poison qui se développe dans l'organisme de la patiente elle-même.

L'administration, pendant les derniers mois de la grossesse, des préparations de fer, de potasse et de quinine constitue le traitement prophylactique. L'auteur conseille l'emploi local et général de mesures hygiéniques et antiseptiques : douches intra-utérines journalières de solutions phéniquées et administration de fortes doses d'ergot.

Lorsque la maladie s'est déclarée, il a recours à l'alimentation et aux stimulants, aux injections d'eau chaude, et à de fortes doses de quinine et de térébenthine.

Dr CHARLES WARRINGTON EARLE (Chicago). **Etude de certaines questions se rapportant à la fièvre puerpérale, avec mention spéciale de la douche intra-utérine et de la curette.**

Il conclut que la maladie est toujours engendrée par des agents extérieurs ; pour lui, l'auto-infection n'existe pas. Les bactéries peuvent se développer sur des débris de placenta, de caduque, etc., laissés dans la cavité utérine

Si les accidents ne cèdent pas à la douche intra-utérine la curette doit être employée ; il faut choisir un instrument large et mousse, pratiquer l'opération avec douceur et observer la plus stricte antisepsie.

Il cite nombre d'observations qui ont donné un résultat satisfaisant.

Le Dr LOWBEY SIBBET, de Carlisle, fait une communication sur **La prévention de la fièvre puerpérale.**

Il émet des opinions analogues à celle du Dr Earle.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 26 mars 1887

CZEMPIN relate **trois cas de laparotomie** qui ont été pratiquées par A. Martin.

1) **Grossesse extra-utérine.** — La femme dont il s'agit, âgée de 38 ans, avait accouché trois fois, la dernière fois dix années auparavant. Très bien menstruée d'ordinaire, ses règles se supprimèrent d'octobre à décembre 1886. Au commencement du mois de janvier, elle eut une perte abondante qui se prolongea durant 15 jours. Depuis, plus d'éruption menstruelle. Ayant remarqué que son ventre augmentait considérablement de volume et sous le coup de douleurs abdominales vives, elle se fit examiner.

Résultats de l'examen. On constata la présence, en arrière de l'utérus ramolli, d'une tumeur élastique, occupant le petit bassin, remontant presque jusqu'à l'ombilic. Les seins présentaient les modifications habituelles à cet âge présumé de la grossesse et il existait des vergetures récentes. Diagnostic : *gr. extra-utérine.* La laparotomie fut pratiquée. La cavité abdominale ouverte, on tomba sur une tumeur kystique. Une ponction faite à l'aide de l'aspirateur Potain fournit du liquide amniotique, ce qui confirma le diagnostic. L'orifice de la ponction agrandi, l'on put sans peine extraire un fœtus de 5 mois, ainsi que le délivre. Quelques points de suture et l'application de perchlorure de fer permirent d'arrêter aisément

une hémorrhagie qui s'était produite au niveau du siège de l'insertion placentaire. La présence de nombreuses adhérences empêchant l'ablation totale de la tumeur, on plaça un drain qui, à travers la tumeur, aboutissait dans le vagin. Puis on sutura le kyste par en haut. *Durée de l'opération*, 52 minutes. *Convalescence régulière*. La femme quitta la Clinique le 20e jour après l'opération.

2) **Abcès ovarique bilatéral.** — Le cas se rapporte à une femme de 43 ans, qui avait accouché 6 fois et qui, semble-t-il, n'avait jamais été malade du fait de ses grossesses et de ses accouchements. Depuis près d'un an, elle était atteinte d'une affection gonorrhéique du vagin et de l'urèthre. En outre, depuis 6 mois, elle ressentait de violentes douleurs abdominales et elle était sujette à des métrorrhagies profuses. A l'examen on constatait : à gauche, la présence d'une tumeur qu'on pouvait parfaitement isoler de l'utérus, qui s'étendait jusqu'à la paroi pelvienne et remontait jusqu'à une largeur de main de l'ombilic ; à droite, on trouvait une tumeur semblable mais plus petite. Laparotomie. Extirpation des deux tumeurs qui provenaient des ovaires suppurés et des trompes qui adhéraient à ceux-ci. La trompe gauche contenait du pus ; celle de droite, était kystique. *Durée de l'opération*, 36 minutes. Sauf une légère élévation thermique au 21e jour, *la convalescence fut régulière.*

3) **Cystome papillaire de l'ovaire droit, myomes multiples de l'utérus, et carcinome de la muqueuse du corps de la matrice.** — La femme, âgée de 56 ans, n'était plus menstruée depuis dix ans déjà, lorsqu'elle se vit sujette à des métrorrhagies pour lesquelles elle reçut les soins de plusieurs gynécologues.

Après ouverture de la cavité abdominale, on parvint aisément à attirer la tumeur ovarique hors du bassin, à l'isoler du ligament large et à l'extraire. Puis, on jeta sur l'utérus un lien élastique et, pour prévenir toute irruption des masses cancéreuses dans le ventre, on entoura la matrice d'éponges. Par une section oblique, cunéiforme, portant sur la région de l'orifice interne, on sépara le corps de l'utérus. Le moignon suturé, on extirpa les annexes du côté gauche, et après avoir placé un drain, abdomino-vaginal, à travers le cul-de-sac de Douglas, on ferma l'incision abdominale. *Durée de l'opération*, 46 minutes. *Convalescence régulière.*

Cohn présente une jeune fille, âgée de 12 ans, atteinte d'**ectopie vésicale**. Les deux grandes lèvres, divergeantes par en haut, s'accolent au contraire en bas, au niveau du bord inférieur de la sym-

physe. C'est dans leur portion supérieure que se trouve la vessie ectopiée. Son quart moyen est recouvert d'une muqueuse rosée, le reste est tapissé par un épithélium corné. Au niveau de la portion moyenne, on aperçoit deux petites saillies, distantes d'un cent. environ l'une de l'autre ; ce sont les orifices des uretères à travers lesquels l'urine s'échappe par jets intermittents. Au-dessous de la vessie, existe une sorte de pont, épais, large d'un cent. qui limite en haut l'orifice vaginal lequel a des dimensions lenticulaires. Par le toucher rectal on reconnait l'utérus qui paraît mesurer 1 cent. 1/2 environ.

HOFMEIER présente : a) **un utérus gravide,** enlevé par l'extirpation vaginale totale ; b) un utérus, offrant un type remarquable de **métrite chronique.** La femme, âgée de 60 ans, n'était plus réglée, déjà depuis plusieurs années. L'apparition d'hémorrhagies répétées et l'hypertrophie manifeste de la matrice, firent penser à la probabilité d'une affection maligne de l'utérus. Cependant l'examen histologique, pratiqué après curage, démontra qu'il s'agissait d'une *endométrite simple*, que l'on mit sous la dépendance d'une tumeur ovarique, du côté gauche, grosse à peu près comme la moitié du poing, et pourvue d'un court pédicule. Des accidents péritonéaux étant survenus, on fit la laparotomie qui permit de constater les particularités suivantes : il y avait eu torsion du pédicule, ce qui avait déterminé la production dans le sac d'une hémorrhagie abondante. Le sac distendu s'était rompu et une grande quantité de sang s'était accumulé dans la portion inférieure de la cavité abdominale.

Bien que l'opération fut facile, l'opérée mourut quelques heures plus tard.

VEIT. — **Recherches anatomiques relatives à l'étude du mécanisme du travail** (Cent. f. Gynäk, n° 19, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LEIPZIG

Séance du 21 *février* 1887.

SÄNGER. — **De la laparo-myomotomie dans les cas de fibromyomes utérins très volumineux.** Les risques de la laparo-myomotomie augmentent avec le volume de la tumeur. Outre les faits observés par l'auteur lui-même, qui militent en faveur de cette

opinion, les chiffres suivants parlent également dans ce sens. D'après les statistiques de Bigelow, sur 439 cas de laparo-myomotomies, 20 fois seulement la tumeur pesait 25 livres et au delà ; le résultat de l'intervention a été 6 guérisons, 14 morts. On trouve dans la liste des opérations de Schröder dressée par Hofmeier : 1 cas d'amputation supra-vaginale pour un myome de 32 livres, *guérison* ; deux cas d'énucléation de myomes pesant respectivement 25 et 38 livres, *morts*.

L'auteur relate ensuite, en détail, une laparo-myomotomie qu'il a pratiquée chez une femme de 48 ans, opération qui lui a permis de débarrasser cette femme d'un myome qui, abstraction faite de la quantité considérable de sang échappé de la tumeur, pesait encore 25 livres.

Suites opératoires absolument régulières, sans le moindre phénomène réactionnel, en tout comme après l'ovariotomie la plus simple.

L'auteur fait remarquer que le volume énorme et la vitalité de la tumeur ne peuvent s'expliquer que par la vascularisation remarquable des tissus voisins, avec lesquels elle avait contracté de nombreuses adhérences, avec l'épiploon surtout. C'est là un fait qui est en opposition complète avec cette opinion émise par L. Tait, que ces sortes de tumeurs s'accroissent grâce à un travail d'endogénèse.

Hennig. — Il a observé pendant longtemps une femme qui, atteinte d'un myome très volumineux de la matrice, vit la tumeur considérablement diminuer sous l'influence de 3 saisons à Kreusnack et d'injections répétées d'ergotine.

Sänger. — Que l'ergotine se montre efficace même dans le cas de tumeurs très volumineuses, surtout chez des femmes qui approchent de la ménopause, cela est hors de doute. Winckel a rapporté l'observation d'une femme chez laquelle on constata, après 1400 injections, une diminution très considérable de la tumeur. Il a lui même observé le fait de la réduction du volume de plusieurs myomes sous-séreux après un traitement prolongé avec l'ergotine.

Donat. — **Des micro-organismes, agents d'infection des plaies.** — Le but de l'auteur a été de rappeler les conquêtes dues aux recherches bactériologiques, faites dans ces dernières années et relatives aux maladies par infection des plaies. Il a voulu également mon-

trer les principaux organismes dans leur développement, et dans différents milieux de cultures.... Staphylococcus aureus et albus, streptococcus de la suppuration et de l'érysipèle, microbes de la septicémie des rats, des lapins, etc., etc. (Cent. für Gynäk., n° 15, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE DRESDE

Séances du 13 janvier et du 3 février 1887.

Léopold. — **Actes de la clinique de Dresde depuis le 1er septembre 1883 jusqu'au 1er septembre 1886** (1).

Staffel. — **Des kystes du canal de Nuck.** — Sous le nom de canal de Nuck on désigne un prolongement péritonéal, en forme de cœcum, dû à l'invagination de la séreuse entre les éléments constitutifs du ligament rond. Embryologiquement, le canal de Nuck correspond au *gubernaculum testis* chez l'homme. Il est reconnaissable parfois au 3e mois, mais la plupart du temps seulement du 5e au 7e. Le plus souvent, les deux feuillets qui forment ce cul-de-sac péritonéal s'accolent un peu avant ou un peu après l'accouchement, de façon à constituer un cordon solide. Dans quelques cas le canal persiste, et peut donner accès à des segments d'anses intestinales (hernies inguinales externes, congénitales. Si l'extrémité inguinale s'oblitère, tandis que la portion supérieure reste libre, il peut se produire un épanchement dans l'intérieur de ce canal, ou bien s'y accumuler, un peu avant l'oblitération de l'orifice supérieur, une certaine quantité de sérosité péritonéale (*Kyste du ligament de Nuck, ou hydrocèle de la femme*). — Sur 4 cas d'hydrocèle, il fallut 3 fois faire la kélotomie.

Traitement. — Quand le contenu de l'hydrocèle est réductible, opérer la réduction et l'assurer au moyen d'un bandage herniaire. Dans le cas d'irréductibilité, on a eu recours aux injections de teinture d'iode, à l'acupuncture. L'excision du kyste ou l'incision suivie du drainage, représente le procédé le plus simple et le plus rationnel.

Discussion : Léopold, Rupprecht.

Link fait une communication sur les **fractures intra-utérines.**

---

(1) Voir in *Ann. de Gynéc.* Mai 1887.

CHAZAN. — **Statistiques relatives à la gynécologie et à l'obstétrique en Russie.** Les conditions dans lesquelles se faisaient la gynécologie et l'obstétrique en Russie, ont été très améliorées. comme partout ailleurs. Les chiffres statistiques prouvent que la mortalité et la morbidité ont diminué dans les cliniques russes surtout à St-Pétersbourg, depuis l'introduction de la méthode antiseptique, autant, par exemple, qu'en Allemagne. La création d'une Société de gynécologie aussi bien que la publication mensuelle d'un journal de gynécologie et d'obstétrique, sont la garantie que les progrès réalisés se poursuivront dans l'avenir (Cent. f. gynäk., n° 17, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'ÉDIMBOURG

Séance du 8 juin 1887.

Présentations : S. KEITH — a) **Tumeur ovarique,** enlevée à une femme arrivée à huit mois et demi de grossesse.

b) **Tumeur dermoïde de l'ovaire,** qui, plusieurs semaines auparavant, s'était rompue sans que la rupture eût été suivie d'accidents péritonéaux.

H. CROOM. — a) **Tumeur fibreuse**; b) **Ovaires et trompes** enlevés à une jeune fille sujette à des douleurs dysménorrhéïques internes; c) **Annexes de l'utérus,** enlevées à une femme stérile depuis plusieurs années; d) **Ovaire et kyste dermoïde.**

H. CROOM lit une note ayant pour titre : **Dégénérescence myxomateuse du chorion; hémorrhagie profuse; transfusion; guérison.**

W. TALENT lit un rapport sur un certain nombre de **cas d'hématocèles et de déformations congénitales.**

B. HART.— Ce travail remet en discussion ce point toujours douteux : **Quel est le siège de l'épanchement sanguin ?** Il semble que dans la généralité des cas, ce siège soit extra-péritonéal. En ces conditions, Gusserow ouvre, par le vagin, la collection sanguine.

F. BARBOUR. — Croom, dans un travail antérieur, s'est efforcé de démontrer combien la quantité de sang épanché dans le tissu cellulaire pouvait être considérable. Sans doute, le tissu cellulaire peut être le siège de l'épanchement, mais il est difficile de s'expliquer, vu la rareté de ce tissu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur, comment il pourrait dans cette région prêter à des effusions aussi importantes. En beaucoup de cas, on constate que la

collection est limitée en bas par le cul-de-sac de Douglas et que, l'utérus est repoussé en haut et en avant. A propos du cas d'hématocèle suppurée rapporté par l'auteur, il a peine à comprendre comment, après avoir incisé le sac par le vagin, ouvert le ventre et placé un drain abdomino-vaginal, on pouvait être assuré contre le passage du contenu du kyste dans la cavité du péritoine, si l'on n'avait pas au préalable suturé le sac à la paroi abdominale.

H. CROOM. — Il a traité et guéri une hématocèle suppurée, en ouvrant le ventre, lavant le sac et établi le drainage au moyen du cathéter de Foulis. Il a observé une hématocèle qui, s'étendant au delà de l'ombilic, disparut dans l'espace de quatre jours. Ce sont là vraisemblablement des effusions intra-péritonéales.

FOULIS. — **Nouveau modèle de forceps à tractions suivant l'axe.** (Edinb. med. Journ. Septembre 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE GLASGOW

Séance du 22 juin 1887.

Le secrétaire lit une communication faite par J. Wilson, **sur l'extraction de la tête dernière**. Le point essentiel de la manœuvre consisterait à faire suivre au tronc du fœtus une direction semi-circulaire, en haut et vers le ventre de la mère ; cela dans le but de laisser libre au niveau du pubis l'espace occupé, durant les manœuvres ordinaires, par les doigts de l'accoucheur agissant sur les épaules du fœtus.

TURNER et SLOAN font remarquer que le procédé n'est pas nouveau et qu'ils y ont eu recours déjà plusieurs fois.

S. SLOAN lit une note sur un cas **d'hémiplégie puerpérale**. Le trait essentiel de cette observation consiste dans le développement graduel de l'hémiplégie, qui a débuté par de l'embarras de la parole le 5e jour après l'accouchement. Pas de convulsions, pas d'albuminurie, pas de maladies du cœur, conservation complète de l'intelligence. Le 6e jour, la température ne dépassait pas 37°,7 Le traitement a consisté dans l'emploi des toniques du cœur. Y-a-t-il eu embolie ou hémorrhagie? Plusieurs circonstances plaident en faveur de l'embolie. L'âge du sujet, l'installation graduelle de l'hémiplégie, l'absence de paralysie complète, de convulsions, de coma ;... enfin l'état même du sang favorable à la coagulation.

Park lit un travail sur la « **Dilatation scientifique de l'orifice externe du col de l'utérus et de la cavité cervicale et la thérapeutique intra-utérine.** — a) *Dilatation de l'orifice et du col :* On applique d'abord un tampon vaginal (éponge comprimée) qui renferme une substance antiseptique (l'iodoforme, de préférence) et un peu de glycérine. Laissé en place 2 à 3 heures, environ, ce pansement met les tissus dans des conditions favorables. Le tampon retiré, on essaie d'introduire soit une bougie, soit une sonde, soit un appareil dilatateur. Celui imaginé par Taylor (Birmingham), l'amnios artificiel « artificial amnion », est le meilleur. Il se compose de 3 pièces principales : 1) Une sonde creuse, présentant dans sa portion supérieure, une partie amincie, en argent, et pourvue d'orifices comme l'extrémité olivaire qui la termine ; 2) Un récipient en caoutchouc qu'on adapte sur les portions amincie et olivaire de la sonde (portion utérine) ; 3) Une petite pompe foulante qui se fixe sur l'extrémité libre de la sonde et qui sert à insuffler de l'air dans le récipient en caoutchouc. Au bout de dix à quinze minutes environ que cet appareil est appliqué, l'activité utérine, mise en jeu, dilate l'orifice externe et le col suivant un mécanisme naturel et, après un certain nombre d'heures, qui varie suivant les sujets, expulse l'appareil. On obtient aussi une dilatation suffisante pour permettre une exploration complète.

En certains cas, l'état des parties ne permet pas de procéder aussi rapidement. Après avoir retiré le tampon vaginal, si l'orifice externe n'est pas suffisamment ouvert, on applique soit une éponge préparée, soit une tente de laminaire, de tupelo,... que l'on pousse jusqu'à l'orifice interne et qu'on laisse à demeure de 2 à 3 heures environ. Au bout de cet intervalle l'orifice externe est devenu béant et l'on peut ou procéder à la dilatation digitale de l'orifice interne ou, tout ou moins, pousser une sonde, une bougie dans l'utérus. On arrive ainsi à obtenir la dilatation suffisante pour que l'application de *l'artificial amnion* soit possible. Jamais le plus léger accident n'a suivi l'emploi des tentes (laminaire, tupelo), d'éponges préparées, rendues rigoureusement aseptiques.

Thérapeutique intra-utérine. — Beaucoup d'affections de l'appareil génital de la femme relèvent de causes générales, constitutionnelle (malnutrition, nervosisme). C'est là une notion importante que le gynécologiste ne doit pas oublier, ces affections étant surtout

justifiables d'un traitement général. Néanmoins, il faut reconnaître que parmi les affections utérines, c'est surtout aux divers catarrhes de la matrice que le praticien a affaire. Or, dans la pluralité des cas, les différents processus phlegmasiques dont ils sont une des manifestations, ont débuté et évoluent sur place. Mais quand ils sont négligés, ils peuvent entraîner les mêmes complications (hyperplasies, congestions pelviennes) que celles qui caractérisent surtout certains états diathésiques.

Ces processus locaux exigent avant tout un traitement local : injections intra-utérines (solutions de résorcine, d'extrait d'eucalyptus, d'iodoforme, de permanganate de zinc, de chloral,...) ; topiques (acide nitrique, surtout lorsqu'il s'agit de détruire une muqueuse hypertrophiée) ; bâtonnets de sulfate de zinc solidifié dans le cas de métrite fongueuse, hémorrhagique ; onctions mercurielles, dans ceux, exclusivement, où la nature spécifique de l'affection paraît démontré. Enfin, l'auteur indique les circonstances dans lesquelles la curette rend de grands services, tout en insistant sur l'urgence qu'il y a dans le cas particulier à assurer un drainage parfait, à réaliser une antisepsie rigoureuse et à favoriser l'involution de l'utérus (Edinb. med. Journ. Septembre, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE NEW-YORK

Séance du 17 *mai* 1887.

Présentations : Freeman. — **Utérus et ovaires cystiques**, enlevés après laparotomie. L'utérus est atteint d'un certain nombre de fibromes, dont l'évolution semble avoir commencé 16 années auparavant. Les tumeurs ovariques avaient déjà donné lieu à deux ponctions qui avaient fourni un liquide séro-purulent. Depuis, la malade était exposée à des malaises considérables et présentait des élévations thermiques, au-dessus de 40°. *Convalescence régulière.*

Emmet. — **Utérus, ovaires, vagin et vessie**, provenant d'une femme chez laquelle il avait pratiqué l'opération de Tait. Le cas se rapporte à une femme âgée de 30 ans. Réglée à 15 ans, la menstruation avait été depuis irrégulière, douloureuse (surtout aux époques cataméniales) et rare. Cependant, jusqu'à 25 ans, la santé générale s'était maintenue assez bonne. A ce moment, les

troubles dysménorrhéiques, se compliquèrent de micturitions fréquentes, de dysurie, de rétention d'urine. Il existait aussi une douleur, localisée au côté droit, qui s'exagérait par la marche et au moment des règles. Emmet pratiqua successivement, en vue de combattre les accidents vésicaux, une boutonnière uréthrale et la cystotomie. Résultat très incomplet. En raison de cet insuccès et comme, en outre, on constatait la présence en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, d'une masse, à contours définis, très sensible au toucher, l'opération de Tait fut résolue et pratiquée. Trois jours après, la malade mourait des suites d'une hémorrhagie secondaire, due à une rupture survenue au niveau d'un des ligaments larges.

L'examen de la vessie, permit de constater un certain degré d'épaississement de la muqueuse vésicale. Emmet fait remarquer combien il est parfois difficile de faire le départ exact entre les phénomènes ressortissant à l'ovaire et à la vessie; dans le cas actuel, par exemple, les troubles ovariques étaient presque complètement masqués par les accidents vésicaux.

Lee. — Souvent en effet, la confusion est telle que l'on pratique la colpo-cystotomie quand, en réalité, le point de départ des accidents est une maladie de l'ovaire. Il a commis lui-même semblable méprise. A propos de l'hémorrhagie secondaire qui a emporté la malade, il insiste sur l'importance qu'il y a à n'exercer, au cours de l'opération, sur les ligaments larges que les tractions le plus faibles possibles.

Lee, Byrne, Mundé, Emmet ajoutent quelques observations.

Cleveland. — **Un spéculum de Sims, restant en place de lui-même.**

Byrne. — **Un pessaire pour procidence de l'utérus.**

M. Emmet. — **De l'induration du col de l'utérus due à la déchirure de l'organe. Est-il préférable de tenter la réparation des tissus ou de recourir à l'amputation ?** — Des divers états pathologiques du col, il en est un qui mérite une attention particulière, l'*induration*. Quand on est appelé à constater des déchirures cervicales, à une époque assez rapprochée du moment de leur production (six mois, un an, parfois même deux ans), il semble avéré que la réparation se soit faite grâce à un processus de granulation et de cicatrisation. L'on ne découvre pas traces de cicatrices, le tissu est, en apparence, tout à fait normal. Or, deux, trois mois plus tard, ce

même col suffisamment souple, friable même, sera devenu ferme, résistant, *induré*. Cette transformation ultime, est la conséquence, plus ou moins éloignée, d'abord d'un processus de dégénérescence kystique. Quand on laisse ce processus à son évolution naturelle. la compression exercée à la fois sur les éléments musculaires et nerveux, atteint, en l'affaiblissant, l a vitalité des tissus et ce défaut de vitalité concourt, pour une certaine part, au travail atrophique qui aboutit à l'induration. Celle-ci ne correspond pas exclusivement à la surface de réparation de la déchirure primitive, qui possède en effet au début des limites très nettes. Il y a extension du processus cicatriciel soit par continuité et transformation progressive des éléments connectifs interstitiels, soit par transformation des éléments musculaires eux-mêmes. C'est d'ailleurs là un point resté encore indéterminé. Cependant le tissu induré n'est pas toujours continu à lui-même. Dans certains cas il est disséminé par masses, parfois même il constitue un bloc absolument enkysté et sans ramifications, dans les tissus voisins. Contre cet état d'induration. on peut choisir entre la trachélorraphie. et l'amputation. Or, l'expérience démontre que la trachélorraphie, pour qu'elle soit efficace, est une opération délicate, dont l'exécution n'est pas à la portée de tous. Il faut en effet que l'extirpation des tissus de transformation soit complète, il faut que l'avivement arrive en plein tissu sain. Mais il est parfois très difficile de reconnaître jusqu'où s'étend le tissu cicatriciel, souvent même on hésite à pratiquer des pertes de substance considérables qu'on prévoit ne pouvoir se combler qu'à la suite d'un nouveau travail de granulation et de cicatrisation, qui entraînera nécessairement une formation nouvelle de tissu cicatriciel. Et cependant,à défaut de cela,avec un col en apparence parfaitement normal, on risque d'avoir le long de la cavité cervicale un véritable clapier dont l'existence peut être méconnue même par des médecins expérimentés. Au contraire, l'amputation constitue une intervention relativement aisée. Elle doit être faite avec le bistouri ou avec les ciseaux. Et si l'on a soin de recouvrir le moignon avec la muqueuse vaginale, on obtient une guérison pour ainsi dire parfaite. L'excision laisse en effet un orifice rappelant de très près l'orifice normal ; l'aspect général des tissus est dans la condition de tromper même un œil exercé ; enfin, les chances de fécondation sont beaucoup plus grandes que dans les cas analogues où l'on a eu recours à la trachélorraphie ; et cela

par le seul fait de la simplicité incontestable de l'autre opération. La principale objection que l'on ait faite à l'excision, c'est de favoriser la rétroversion de la matrice, et de rendre beaucoup plus difficile le traitement d'une rétroversion déjà existante. Qu'elle favorise le déplacement en arrière de l'utérus, le reproche est fondé. Néanmoins, on se mettra autant que possible à l'abri de cette complication fâcheuse si l'on a soin de bien choisir les cas, et pour cela, de tenir compte d'un certain nombre de circonstances ayant leur importance : volume, poids, mobilité de l'utérus, perte de substance du col et étendue de la portion à exciser, degré du prolapsus soit de la matrice, soit des parois du vagin, intensité de la pression abdominale, condition sociale de la malade, etc., etc. D'autre part, si l'amputation du col, pratiquée sur un utérus déjà en rétroversion gêne singulièrement le traitement de la déviation utérine, il faut dire que les conditons défectueuses et nouvelles créées par l'opération, s'améliorent à mesure que l'on s'éloigne du moment de l'intervention. Peu à peu, en effet, l'utérus descend dans le bassin, il se forme une sorte de col dont l'aspect va jusqu'à donner l'illusion ; il serait alors très malaisé de reconnaître qu'une portion considérable de l'organe a été excisée. Enfin, sous l'influence de la descente de l'utérus, il se forme un nouveau cul-de-sac qui permet l'application d'un pessaire. L'auteur, incidemment, indique aussi la possibilité d'une ménopause prématurée à la suite de l'ablation d'une portion considérable du col.

Dr Byrne. — Les résultats obtenus dans sa pratique, confirment pleinement les considérations présentées par Emmet. Il a eu à traiter un grand nombre de lacérations étoilées du col. Longtemps, il a essayé de les guérir au moyen d'opérations plastiques, l'insuccès a été constant. Depuis quelques années, il a pris le parti d'enlever les masses cicatricielles ; depuis lors, il obtient de très bons résultats. Dans deux cas, l'emploi du galvano-cautère n'a pas amené la production de tissu cicatriciel.

Hanks demande si l'auteur fait passer les sutures d'abord à travers la paroi vaginale, puis à travers le moignon du col.

Janvrin. — Il a traité un certain nombre de cas absolument semblables à ceux décrits par Emmet. Fréquemment il a dénudé le col entièrement déchiré aussi haut que possible. Dans ces cas il a coutume de placer dans la cavité cervicale et au delà de l'orifice interne un tampon de coton, muni d'un fil qu'il laisse

in situ quarante-huit heures. L'expérience montre que de cette manière, on évite une formation nouvelle de tissu cicatriciel et qu'on obtient un col tout à fait normal.

Dr Lee. — Il insiste sur l'influence fâcheuse qu'a l'opération au point de vue de la rétroversion de l'utérus.

Mundé. — Il fait remarquer qu'on a omis de discuter un point fort intéressant de la communication d'Emmet, *la possibilité d'une ménopause prématurée à la suite de l'amputation du col.* A son avis, pareille proposition est insoutenable. Il se rallie entièrement aux remarques faites par Lee pour ce qui a trait à la rétroversion.

Emmet. — Il passe d'abord les sutures à travers le vagin puis à travers le moignon du col, son opération diffère de celle de Schröder en ce qu'elle est moins superficielle. Certes, il n'a pas eu l'intention d'atténuer les risques qu'entraîne l'opération, au point de vue de la rétroversion; mais il croit que ces risques sont bien atténués par le fait que l'utérus est devenu moins lourd et qu'il forme peu à peu un nouveau cul-de-sac qui permet l'application d'un pessaire. En ce qui concerne l'emploi du galvano-cautère, sa critique ne repose pas sur une expérience personnelle. Il ne l'a jamais employé. Mais ayant eu à examiner des femmes chez lesquelles on y avait eu recours, il a constaté manifestement la présence de cicatrices, si accusées parfois, que le cathétérisme était devenu impossible.

Dr R. Labusquière.

REVUE DES JOURNAUX

Basiotripsie. Parallèle entre cette opération et la laparotomie, par A. Pinard (1). — Voici brièvement résumé le cas qui a donné lieu à cette leçon au cours de laquelle M. Pinard, après avoir fait la description du basiotribe, a indiqué, d'une manière très détaillée, la technique opératoire de la basiotripsie. Une femme, primipare, à terme, est en plein travail. On a constaté : 1) un rétrécissement

(1) Résumé d'une leçon faite par M. A. Pinard, le 7 juin 1887, à la Clinique d'accouchements.

moyen du bassin (le diamètre antéro-postérieur mesure 8 centimètres; 2) une présentation de l'épaule.

La dilatation est complète. Deux pieds avec le bras sont dans le vagin. L'enfant vit. Comment intervenir?

Certains accoucheurs, dans un but assurément louable, celui de sauver deux existences, conseillent d'intervenir par la voie abdominale (laparotomie, laparo-elytrotomie). M. Pinard choisit l'extraction par les voies naturelles, tout en prévoyant les difficultés de l'extraction et la possibilité de l'arrêt de la tête au détroit supérieur. L'évolution fœtale s'opère aisément. Les membres inférieurs, le tronc, les épaules sont amenés au dehors. Mais la tête reste arrêtée au détroit supérieur. Toutes les tentatives d'extraction (manœuvres de Mauriceau, de Champetier de Ribes) échouent. La basiotripsie, pratiquée sur la tête dernière, se fait sans difficulté et elle est suivie d'une extraction aisée.

Les suites de couches sont absolument physiologiques.

M. Pinard passe rapidement en revue les différentes méthodes que l'on a tenté, dans le but d'avoir un enfant vivant, de substituer à l'extraction par les voies naturelles alors que celle-ci, prudemment faite, et grâce aux perfectionnements apportés à l'outillage ne fait courir aucun danger à la mère.

a) *La laparo-élytrotomie*, qui, imaginée par Jorg, a été défendue dans une thèse récente par M. Clarke. Il montre de quelle manière il convient d'apprécier les *succès* que cet auteur revendique en faveur de la méthode. *Cinq cas, cinq succès ! Quatre fois la vessie fut ouverte. Une fois le fœtus ne put être extrait que broyé. Dans aucun cas les suites de couches n'ont été exemptes d'alarmes.*

b) *L'opération césarienne.* Il est impossible de méconnaître que des perfectionnements considérables ont été apportés par les modifications introduites dans la technique opératoire, par Porro et Sänger. Perfectionnements qui, du reste, ont abaissé considérablement le chiffre, si élevé jadis, de la mortalité dans l'opération césarienne.

Mais, en dépit de ces perfectionnements très réels, ce chiffre de la mortalité maternelle, est encore, comme il ressort du mémoire publié sur la question par M. Potocki ; de 7,6 p. 100.

Or, voici ce qu'a donné dans les hôpitaux de Paris, la basiotripsie pratiquée dans des bassins moyennement rétrécis, les conditions étant les suivantes : enfant à terme, mère bien portante.

	Nombre de basiotripsies.	Succès
Tarnier (Maternité)...........	7	7
Budin (Charité).	2	2
Ribemont-Dessaignes (Beaujon).	8	8
Maygrier (Tenon et Pitié)......	5	5
Bar (Tenon et divers hôpitaux)..	10	10
Champetier de Ribes (hôpitaux divers).....................	2	2
Pinard (Lariboisière et Clinique)	15	15
Total......	49	49

M. Pinard conclut de la manière suivante « jusqu'à ce que la césarienne offre de pareils résultats, je la considérerai comme une opération de nécessité à laquelle on est forcé de recourir dans les rét récissements les plus extrêmes. La limite fixée par M. Tarnier est de 4 centim. Au-dessus de cette limite, il faut s'en tenir à la basiotripsie qui, pratiquée dans les règles et avec l'antisepsie la plus rigoureuse, n'expose la femme à aucun des accidents que lui font courir les laparotomies les mieux conduites (traumatisme, shok, hémorrhagie, etc.) *Les suites sont celles d'un accouchement physiologique.* Voila pourquoi la basiotripsie m'inspire et doit vous inspirer une sécurité complète. (Union médicale, 30 août 1887).

A propos d'un cas d'hématocèle, par SEGOND (1). — M. Segond fait ressortir, à l'occasion de ce cas, la grande difficulté que présente parfois le diagnostic différentiel entre l'hématocèle pelvienne et le phlegmon du ligament large. Il s'agit d'une femme jeune, qui, après une suppression de règles d'environ 2 mois, est prise *subitement*, étant à table, en joyeuse compagnie, d'une douleur abdominale tellement intense qu'une syncope s'ensuit. Puis survient une hémorrhagie abondante. Enfin, le ventre augmente rapidement mais progressivement de volume. La suppression menstruelle, la métrorrhagie consécutive, et le genre de vie de la femme, font admettre le diagnostic de *fausse couche*. Deux mois s'écoulent sans incident notable. Alors, comme des malaises

(1) Résumé d'une leçon professée à la Charité, le 5 octobre 1887.

surviennent, que l'état général décline, la malade entre à la Charité, dans le service d'accouchement. On constate l'existence d'une tumeur abdominale, occupant spécialement la région hypogastrique droite, dépassant un peu, à gauche, la ligne médiane et remontant jusqu'à l'ombilic. Elle s'applique fortement contre la paroi abdominale, fournit à la main qui palpe une grande résistance qui n'empêche pas cependant de percevoir une sensation, assez obtuse, de fluctuation. Par le toucher, on reconnaît que cette tumeur, volumineuse, est absolument indépendante de la matrice, qu'elle bombe fortement dans le cul-de-sac droit où le doigt perçoit une fluctuation manifeste. L'utérus est fortement déjeté à gauche. L'hypothèse de grossesse extra-utérine, soulevée d'abord, en raison de l'intensité et de la soudaineté de la douleur consécutive à une suppression de règles, est abandonnée et l'on se range au diagnostic, *phlegmon du ligament large consécutif à une fausse couche.* — La malade est transférée dans le service de chirurgie et le chirurgien accepte le diagnostic précédent. Mais comme l'état général s'aggrave de plus en plus, que les accidents fébriles augmentent et qu'on croit devoir attribuer ces derniers à une fièvre de suppuration, on se décide à ponctionner le prétendu abcès, ce que l'on fait à l'aide d'un gros trocart. La ponction ne donne issue qu'à du sang. Dès lors il devient manifeste qu'il s'agit d'une *hématocèle volumineuse, à début subit comme c'est la règle, mais à localisation insolite et à développement progressif, ce qui est exceptionnel.*

Que convient-il de faire dans le cas actuel ?

Avant de répondre, quelques considérations générales sur les tumeurs de l'abdomen.

On peut les classer en quatre catégories :

1° *Tumeurs énormes, évidentes, faisant mur pour ainsi dire avec la paroi abdominale.* De tout temps, les chirurgiens les ont attaquées directement et avec succès.

2° *Tumeurs volumineuses, occupant une grande partie de la cavité abdominale mais* ne faisant pas corps *avec la paroi.* De tout temps, les chirurgiens ont pratiqué contre ces tumeurs la laparotomie sous-péritonéale.

3° *Tumeurs peu ou pas accessibles par la paroi abdominale, très accessibles par le vagin.* Là encore la conduite du chirurgien a été active. On abordait la tumeur par la voie vaginale, mais la méconnaissance des principes de la méthode antiseptique explique

les résultats déplorables qui suivaient jadis ces sortes d'intervention.

4° *Tumeurs non accessibles par la paroi abdominale, et fort peu accessibles par le vagin.* — En semblables conditions, l'expectation était la règle autrefois. Et cependant, ces tumeurs, constituées soit par des abcès enkystés, soit par des ovaires chroniquement enflammés, etc .. n'amènent que trop souvent, à la longue, quand on n'intervient pas, un dénouement fatal. C'est précisément contre cette variété de tumeurs qu'on peut avoir recours à une opération qui a été préconisée par Hégar, et vulgarisée en France par Pozzi, *la laparotomie sous-péritonéale.*

Revenons maintenant au traitement de l'hématocèle.

« *Il ne faut pas traiter chirurgicalement toutes les hémato cèles.*

« *La règle au contraire c'est de les respecter* ».

L'intervention, comme dans le cas actuel, peut s'imposer. Elle est subordonnée à deux indications.

a) *Le volume excessif de la tumeur.*

b) *Le fait de la suppuration.* — A ce sujet il peut y avoir méprise. Ainsi chez la malade qui a donné lieu à cette leçon, les phénomènes fébriles observés ont fait croire à une fièvre de suppuration. Or, l'opération a montré qu'il n'y avait pas de pus. Ces phénomènes tenaient donc à des irritations, à des réactions péritonéales déterminées par la présence de la tumeur. Heureusement la méprise n'a aucune conséquence fâcheuse. Et comme il est souvent impossible, puisque dans les deux cas il existe de la fluctuation, de préciser, si la fièvre relève d'une péritonite partielle ou d'un travail de suppuration, la conduite doit être la même. *Il faut intervenir.* Comment ?

On a le choix entre trois méthodes d'intervention.

Aborder la tumeur par la voie vaginale. — En raison des difficultés que l'on a, non seulement pour réaliser une antisepsie rigoureuse mais aussi pour opérer un curage suffisant de la tumeur hématique, cette méthode est la plus dangereuse.

2° *Laparotomie intra-péritonéale.* — Ce mode d'intervention devrait être, d'après L. Tait, appliqué d'une façon systématique à tous les cas. Il y a là quelque exagération, et la méthode doit être sans doute réservée pour les hématocèles volumineuses.

3° *Laparotomie sous-péritonéale.* — C'est l'opération préconi-

sée par Hégar, et vulgarisée chez nous par Pozzi. Elle offre cet avantage que, suivant la lésion, on peut la transformer en une opération intra-péritonéale. Ce doit être l'opération de choix pour les tumeurs de petit volume. Dans le cas actuel, malgré les dimensions de l'*hématocèle*, j'y aurais recours. Mais je déclare d'avance qu'il peut bien arriver que, *volontairement* ou *involontairement*, j'ouvre le péritoine (1). Dr R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

(1) M. Segond a pratiqué la laparotomie sous-péritonéale qui lui a permis, sans inciser le péritoine, d'atteindre la tumeur sanguine. Il en a retiré un grand bassin de caillots qui n'avaient subi aucune altération putride. Après un lavage minutieux de la poche, on a assuré le drainage du foyer au moyen d'un triple drain abdominal. Par dessus, on a appliqué un pansement à la gaze iodoformée, etc.

Ce pansement est fait deux fois par jour et, chaque fois, on lave abondamment la poche avec de la solution boriquée tiède.

Le gérant : A. LEBLOND.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

INFLAMMATIONS DE LA TROMPE ET DE L'OVAIRE

LAPAROTOMIE. — ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

Par M. le Dr **Terrillon**, Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hospice de la Salpêtrière (1).

J'ai eu l'occasion de pratiquer quatre laparotomies pour remédier aux accidents produits par une affection inflammatoire des trompes et de l'ovaire. Il s'agissait d'une variété d'inflammation de la trompe généralement décrite sous le nom général de salpingite (hémato, pyo, hydrosalpingite).

Comme cette opération est encore peu connue en France et que très peu d'observations ont été publiées jusqu'à ce jour, il m'a semblé utile de faire connaître ces faits qui me sont personnels et de les comparer à ceux dont la relation nous est venue par les travaux étrangers. J'aurai soin d'insister à la fin de ce travail sur l'anatomie pathologique et la patho-

(1) Ce mémoire a été lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 31 mai 1887 et M. le professeur Cornil a fait à ce sujet un rapport dans la séance du 26 juillet 1887.

génie de cette affection telles quelles ressortent de l'examen histologique pratiqué par M. le professeur Cornil sur les annexes de l'utérus (trompes et ovaires) qui ont été enlevés dans le cours de ses laparotomies.

Des figures explicatives accompagneront ce travail.

Je résumerai autant que possible les quatre observations qui sont la base de ce travail en ne conservant que les détails indispensables pour mettre en relief les points principaux.

Obs. I (1). — *Hémato-salpingite double compliquée de métrorrhagies incoercibles. — Laparotomie. — Ablation des deux trompes kystiques remplies de sang et des ovaires. — Guérison.*

Mme A..., âgée de 32 ans et ordinairement bien portante, fut réglée à 12 ans. Les règles étaient un peu douloureuses.

Elle a eu quatre grossesses, la dernière il y a un an. Huit mois après ce dernier accouchement, au moment de son retour de couches qui fut retardé parce qu'elle nourrissait, la malade éprouva de vives douleurs dans le ventre avec accidents péritonéaux et une perte abondante difficile à arrêter.

Depuis cette époque, cette malade perd continuellement du sang, quelquefois avec abondance. Elle éprouve dans le basventre des douleurs extrêmement vives, surtout dans la région des ovaires, et ne peut plus travailler. A cet état douloureux est venu s'ajouter un grand amaigrissement et la digestion est rendue difficile par un état nauséeux presque continu.

Entrée à la Salpêtrière le 20 novembre 1886; elle m'est adressée par le Dr Verneuil (de Saint-Amand) et par mon collègue le Dr Troisier.

Par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, je constate un utérus assez gros, douloureux à la pression, en partie immobilisé et repoussé en avant.

En arrière et à droite de lui existe une tuméfaction très douloureuse à la pression et située dans le cul-de-sac de Douglas,

---

(1) Cette observation a été publiée en détail dans la Revue de chirurgie, juin 1887.

mais elle est située au delà du cul-de-sac vaginal qu'il faut déprimer pour l'atteindre.

Du côté gauche, le cul-de-sac vaginal est libre, mais en déprimant la paroi abdominale, on sent profondément entre le doigt introduit dans le vagin et la main, une tuméfaction douloureuse et légèrement bosselée.

Etant presque certain d'avoir affaire à une affection de l'ovaire et de la trompe, je proposai à la malade une opération radicale qui fut acceptée et pratiquée avec l'aide de MM. Monod et Schwartz, le 30 novembre.

Après l'ouverture du péritoine, l'épiploon et l'intestin grêle sont refoulés en haut avec une éponge. Deux doigts, introduits dans l'abdomen, reconnaissent une tumeur arrondie, fluctuante, implantée sur le plancher du bassin, surtout à droite. Une ponction aspiratrice pratiquée dans cette poche donne issue à une petite quantité de sang noir, sirupeux.

En passant en arrière de cette masse, je parviens à la détacher des adhérences qui l'unissent au bassin, à l'attirer ainsi du côté de la plaie abdominale et bientôt à l'extraire au dehors.

Elle ne tenait plus alors à la corne utérine que par un pédicule qui, lié entre deux fils, est sectionné.

Cette masse était constituée par la trompe, remplie de sang et de caillots, dont le pavillon était oblitéré et qui avait le volume d'une orange. Elle était adhérente à la surface de l'ovaire, assez gros, recouvert de fausses membranes, également adhérent au cul-de-sac de Douglas et qui avait été enlevé avec elle.

Le pédicule était constitué par le ligament de l'ovaire et l'origine de la trompe.

Du côté gauche, je trouvai une disposition analogue, mais la trompe remplie de sang était à peine grosse comme un œuf de pigeon et n'était kystique que par sa moitié externe; l'autre partie, hypertrophiée, était grosse comme le doigt, contournée et irrégulière.

Cette partie kystique se rompit en partie, ainsi que l'ovaire contenant un petit kyste, pendant les tentatives d'ablation. La totalité fut cependant enlevée en formant au niveau de la corne utérine un pédicule analogue au précédent. Il fut lié avec deux fils de soie.

La rupture des adhérences et des poches kystiques avait rempli

le petit bassin de sang et de caillots. Je fis un nettoyage aussi parfait que possible avec de l'eau tiède et la plaie abdominale fut fermée avec quatre points de suture.

Les suites de cette opération furent des plus simples : il n'y eut jamais aucune élévation de température. L'hémorrhagie utérine, jusque-là incoercible, s'arrêta le troisième jour de l'opération. Le quinzième jour la malade retourna chez elle et depuis cette époque elle a repris sa santé antérieure. Les douleurs ont disparu et les règles ne sont pas revenues.

J'ai reçu récemment de ses nouvelles par le Dr Verneuil, sa santé est parfaite.

Obs. II. — *Salpingite et ovarite du côté droit : Ovarite et hémato-salpingite à gauche, datant de 6 ans. — Laparotomie. — Ablation des annexes de l'utérus des deux côtés. — Guérison.*

Mme X., âgée de 24 ans, fut réglée à l'âge de 11 ans.

A 14 ans elle éprouva, à la suite d'une vive émotion, un arrêt de ses règles qui se suspendirent brusquement. Pendant deux ans elles ne reparurent pas, mais la malade pendant ce temps fut sujette à des accidents nerveux qui nécessitèrent un traitement prolongé par l'hydrothérapie.

Mariée en 1879 et bien portante à ce moment, elle eut un premier enfant le 1er avril 1880. On dut employer le forceps pour hâter la délivrance, mais les suites de couches furent bénignes.

En septembre 1880, on reconnaît qu'elle est de nouveau enceinte de trois mois malgré la continuation de ses règles. Celles-ci s'arrêtent à ce moment et la grossesse évolua jusqu'au 19 février 1881. La malade eut en janvier des accès douloureux violents qui durèrent quinze jours. Ce deuxième accouchement fut pénible et nécessita également l'emploi du forceps.

Après cette couche une perte abondante et grave dura vingt jours. Mais malgré quelques accidents légers, la malade se leva après cinq semaines.

Quelques semaines après, au moment de son retour de couches, elle eût une perte abondante avec douleurs violentes dans le ventre.

L'hémorrhagie utérine dura depuis cette époque presque sans

discontinuer, avec des exacerbations au moment des règles, jusqu'en avril 1884.

Pendant l'été elle sentit une amélioration notable mais en souffrant toujours.

En décembre 1884, elle fut prise d'une rechute grave avec symptômes de pelvi-péritonite, vomissements, etc. Cette crise dura jusqu'au mois de juillet 1885.

Une nouvelle rechute eut lieu le 4 mars 1886 avec pertes abondantes qui durèrent 12 jours.

Nouvelle rechute en décembre 1886 pour se terminer en mars 1887. Durant cette période, on lui fait trente cautérisations au fer rouge sur le col de l'utérus.

Outre les douleurs et les pertes, qui cependant allaient en diminuant à la fin, elle éprouva dans les deux dernières années un état nauséeux tel, qu'elle ne pouvait supporter que du lait et des liquides.

Depuis la dernière rechute, la malade éprouve des douleurs continuelles dans la région des ovaires, de chaque côté de la ligne médiane, au-dessus des pubis.

A chaque époque menstruelle, laquelle est assez régulière, il se produit une exacerbation des douleurs abdominales, avec état général mauvais, irradiations douloureuses dans les reins et les cuisses, nausées et même vomissements.

A chaque fois aussi, la malade remarque qu'elle rend par le vagin et avec brusquerie, une certaine quantité de liquide, quelquefois assez abondante. Ce liquide n'a jamais été examiné avec soin; au dire de la malade, il était *jaunâtre*. Mais il nous semble qu'il s'agit ici d'une simple décharge utérine d'un liquide séro-purulent.

On a constaté plusieurs fois que le col était largement fendu des deux côtés, surtout à gauche, mais avec un très léger degré d'ectropion. Cependant, comme on pensait que telle était la cause de ses accidents, on avait proposé l'opération d'Emmet.

Après ces alternatives de douleurs plus vives et de malaises moins prononcés, cette malade est épuisée par ces douleurs permanentes. Elle est pâle, ses conjonctives sont décolorées, les digestions difficiles, l'appétit nul, les nausées permanentes ou faciles, la constipation opiniâtre.

Après les traitements les plus variés, les saisons d'eaux les plus

consciencieusement suivies, le médecin de la malade, M. le Dr Bucquoy pense qu'une opération chirurgicale peut seule agir sur cet état, qui est lié évidemment à une altération des annexes de l'utérus. Il me propose de voir la malade.

Le 2 mars, premier examen sans chloroforme. Je constate une douleur vive à la simple pression, de chaque côté de la ligne médiane de l'abdomen, au-dessus des pubis, surtout à gauche.

Le col est déchiré des deux côtés, un peu évasé, un peu douloureux. L'utérus est peu mobile. Je ne sens rien de manifeste dans les culs-de-sac si ce n'est à droite. L'état nerveux et douloureux de la malade empêche un examen plus profond. Je demande d'examiner la malade dans le sommeil provoqué par le chloroforme.

Le 3 mars, la malade est endormie. Je constate, en déprimant la paroi abdominale et en mettant le doigt dans le cul-de-sac droit du vagin et en le refoulant en haut, une masse dure, immobile qui est l'ovaire. Du côté gauche, le doigt refoulant le cul-de-sac, n'arrive qu'avec peine sur une petite masse mamelonnée qu'on sent plus manifestement derrière le pubis, en déprimant la paroi abdominale. Cette exploration ne laisse aucun doute sur l'affection chronique des annexes de l'utérus des deux côtés.

Opération le 7 mars 1887, avec le concours de MM. Bucquoy et Bouilly.

Une incision est pratiquée sur la ligne médiane et va du pubis au voisinage de l'ombilic de façon à pouvoir introduire largement la main dans le bassin. Après l'ouverture du péritoine, je trouve l'épiploon légèrement adhérent à la paroi abdominale au-dessus des pubis et empêchant l'exploration plus profonde.

Il est détaché doucement et refoulé en haut. L'intestin qui remplit le petit bassin, est repoussé avec une éponge. Les doigts plongent lentement dans le bassin à la recherche de l'ovaire droit.

En suivant la face postérieure et surtout le bord droit de l'utérus, j'arrive en bas et à droite sur une masse arrondie, un peu bosselée, grosse comme un marron, non pédiculée et adhérente à la face postérieure du ligament large jusqu'au niveau du point où le péritoine se réfléchit en arrière (cul-de-sac de Douglas).

Cette masse, qui représente certainement l'ovaire et la trompe que je n'ai pas trouvés dans la partie supérieure du ligament large, est très adhérente.

Après quelques tentatives de traction et en cherchant à la déta-

cher du ligament, je sens que des adhérences se déchirent. Bientôt je les détache petit à petit et bientôt cette masse arrondie est libre en partie.

Je l'attire en haut en détachant quelques adhérences qui unissent son pédicule au ligament large. Enfin, je tiens toute la masse, composée de la trompe et de l'ovaire, reliée à l'utérus par un pédicule large et épais. Celui-ci est lié avec deux cordonnets de soie unis en chaîne et coupés près de la corne utérine droite.

La déchirure des adhérences a donné un peu de sang qui reste au fond du petit bassin.

La trompe est hypertrophiée, volumineuse; elle a l'apparence d'une saucisse. Son pavillon est oblitéré, mais les franges sont hypertrophiées. Elle ne contient pas de liquide et son canal élargi est rempli par la muqueuse épaissie (fig. 1).

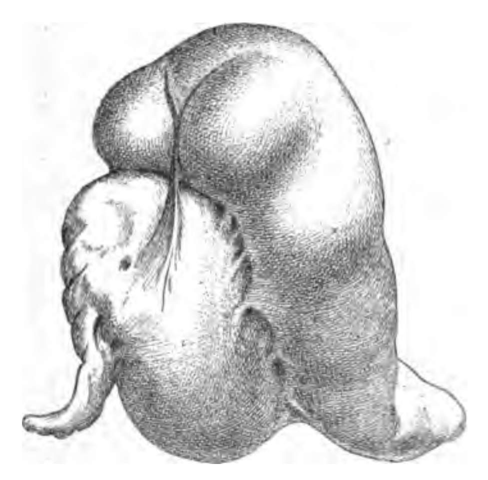


Fig. 1.

Je vais ensuite à la recherche de l'autre ovaire. En suivant la corne utérine gauche, je rencontre bientôt, accolée derrière la branche horizontale du pubis, une autre tumeur, plus volumineuse que la première, grosse comme un petit œuf et très adhérente.

En faisant des manœuvres pour la détacher, la poche fluctuante qui en constitue la plus grande partie se rompt brusquement. Du liquide sanglant s'en échappe et s'épanche dans le bassin. Une petite masse qui n'est autre que l'ovaire, est détachée de ses

adhérences, et bientôt j'attire en dehors l'ovaire et les débris de la trompe qui était kystique, le tout appendu à un pédicule qui correspond à la corne utérine gauche.

Deux fils de soie sont placés sur cette partie qui se déchire légèrement et saigne un peu. La partie extérieure est enlevée.

Avant de vérifier les deux pédicules qui sont restés dans le bassin munis de leurs fils, je pratique un lavage abondant du petit bassin avec de l'eau bouillie et tiède, six litres environ.

Le pédicule gauche saigne un peu; il est saisi et de nouveau lié en masse très près de la corne utérine, avec un fort cordonnet de soie. Le pédicule droit ne saigne pas. Tous les fils sont coupés.

Réunion de la plaie abdominale avec six points de suture. L'opération a duré une heure un quart.

La malade a bien supporté le chloroforme et se réveille bientôt, accusant un peu de souffrance au niveau de la plaie abdominale.

Les suites de l'opération furent très bénignes et méritent peu d'être notées. Le pouls déjà fréquent avant l'opération se maintient pendant dix jours au-dessus de 100 p. mais il diminue ensuite pour descendre à 84 ou 90. La température fut presque uniformément 37°,5.

Quelques abcès de la paroi retardèrent la convalescence.

L'appétit et les forces revinrent; la malade engraisse et peut marcher et se promener. Cependant depuis son opération elle continue a éprouver quelques douleurs dans les reins et le ventre sans localisation précise. Mais ces phénomènes sont dûs en partie à une métrite existant avant l'opération, qui persiste encore et occasionne des règles assez abondantes malgré l'ablation des ovaires. Le 1er novembre, l'utérus a diminué depuis quelque temps et on peut espérer une guérison prochaine.

OBS. III. — *Hémato-salpingite double. — Fibrome volumineux de l'utérus. — Hémorrhagie utérine incoercible. — Ablation des deux trompes et des deux ovaires. — Guérison.*

Mme M..., âgée de 34 ans, habite Bourges. Cette femme, vigoureuse et ordinairement bien portante, a été réglée à l'âge de 14 ans.

Mariée depuis dix ans, elle a eu deux enfants; l'un de huit ans, l'autre de six ans.

En 1880, après son second accouchement, elle a eu des métrorrhagies abondantes et des douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins. Depuis cette époque les règles sont irrégulières; de temps en temps, la malade avait des pertes assez abondantes.

En 1883, elle s'aperçoit qu'elle a une petite grosseur dans le ventre et depuis cette épopue ses métrorrhagies ont augmenté et la tumeur abdominale a pris un accroissement progressif.

La malade insiste sur ce fait, que depuis sa dernière grossesse elle a des métrorrhagies presque continuelles, excepté quand elle se soumet au repos absolu en prenant du seigle ergoté. Au moment de ses règles elle a des douleurs assez violentes et semble perdre plus abondamment.

Elle entre à la Salpêtrière le 15 mars 1887.

La malade a peu maigri, mais elle est pâle et se plaint d'avoir vu ses forces diminuer. Elle perd du sang d'une façon presque continue.

On trouve dans l'abdomen une tumeur arrondie, très dure, non bosselée, arrivant jusqu'à l'ombilic et plongeant dans le petit bassin. Elle est légèrement mobile transversalement.

Par le toucher vaginal il est facile de constater que le col est volumineux, fendu du côté gauche, en partie effacé et se continuant d'une façon très nette avec la tumeur abdominale.

Le diagnostic de fibrome interstitiel de l'utérus s'impose.

Pas de constipation ni de dysurie notables.

En présence de ces phénomènes et en tenant compte de la difficulté considérable qu'on éprouverait en tentant l'ablation du corps fibreux à cause de l'absence de pédicule, je propose à la malade de pratiquer l'ablation des annexes de l'utérus dans l'espoir de voir disparaître les hémorrhagies et d'obtenir la rétraction ou au moins l'arrêt de développement de la tumeur fibreuse.

L'*opération* est pratiquée le 22 mars 1887 avec le concours de M. le Dr Schwartz.

Incision médiane au-dessous du pubis et qui n'a pas dépassé 7 centim.

Le péritoine étant ouvert, on trouve immédiatement le corps fibreux, arrondi et ayant à peu près le volume d'une grossesse au cinquième mois.

La main plongée dans le flanc gauche rencontre assez profondément l'ovaire coiffé par une trompe très volumineuse. Ces organes sont attirés au niveau de l'ouverture abdominale avec assez de peine, à cause de la tension des parois de l'abdomen.

Le pédicule, formé par l'aileron de la trompe et de l'ovaire est épais, rempli de gros vaisseaux veineux; cependant il se détache suffisamment du fibrome sous-jacent pour qu'on puisse poser deux grosses ligatures en chaîne. L'ovaire et la trompe sont enlevés en même temps et en totalité.

Du côté droit, je trouve assez facilement une lésion semblable, les annexes sont également attirées en dehors. Mais ici le pédicule formé par l'aileron ligamenteux est beaucoup plus long, beaucoup plus large que le précédent et il contient des vaisseaux veineux très volumineux; aussi il est lié avec quatre ligatures en chaîne qui sont serrées avec difficulté. L'ovaire et la trompe sont également enlevés en totalité.

Comme un des points du pédicule saigne un peu, on fait une ligature supplémentaire. La perte de sang a été relativement minime et a eu lieu surtout au moment ou les ailerons ont été traversés par l'aiguille servant à la ligature.

Après nettoyage parfait du champ opératoire, la plaie abdominale est suturée avec 6 points.

L'opération a duré 45 minutes.

La malade a assez mal supporté le chloroforme, aussi est-elle un peu affaiblie.

Examen des pièces. — Les deux pièces sont à peu près identiques et leur description peut se résumer de la façon suivante :

La trompe est représentée par une masse allongée de huit centimètres environ, lisse, bosselée, sinueuse, à grosse extrémité correspondant au pavillon. Celui-ci n'existe plus, mais on voit nettement une petite cicatrice qui correspond à son ouverture oblitérée. Il n'y a ni franges, ni irrégularités. La couleur de la trompe est noirâtre.

Dans son intérieur on trouve du sang noir, sirupeux, qui remplit toute la cavité, sans caillots. Ce sang doit avoir séjourné longtemps dans la poche.

Au-dessous de la trompe et adhérent à son bord supérieur se trouve l'ovaire assez gros, recouvert dans toute sa partie libre par des fausses membranes anciennes, blanchâtres, très adhé-

rentes. L'ovaire est un peu bosselé et sa surface est blanchâtre et comme cicatricielle.

M. le professeur Cornil, qui a bien voulu examiner les pièces, a montré qu'il s'agissait dans ce cas d'une hypertrophie, avec exagération dans la longueur des villosités ou franges de la muqueuse des trompes. Les autres tuniques qui forment la trompe sont peu malades. L'ovaire est altéré seulement à sa surface, mais son

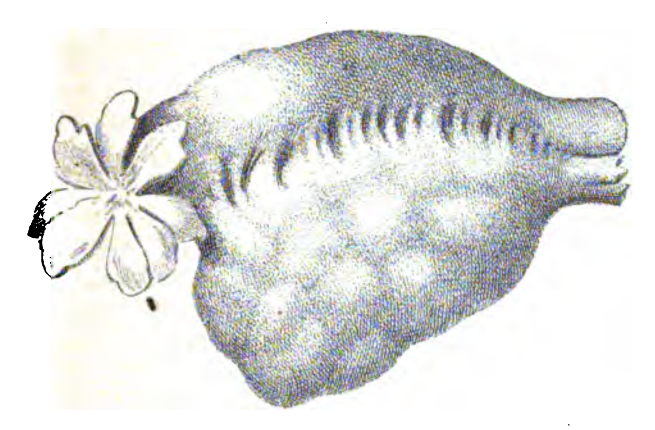


FIG. 2.

parenchyme est sain et contient des vésicules de Graaf aux divers états de transformation qu'on trouve ordinairement chez les femmes jeunes.

Des nouvelles de la malade ont été données depuis sa sortie de la Salpêtrière. Elles nous ont appris que les hémorrhagies ont disparu ainsi que les douleurs. La malade a repris ses occupations et se déclare très satisfaite du résultat.

OBS. IV. — *Double pyosalpingite. — Kyste sanguin d'un des ovaires. — Pelvi-péritonite ancienne. — Ablation par la laparotomie des trompes et des ovaires. — Guérison.*

Mme M..., âgée de 20 ans est blonde, d'apparence assez fragile mais cependant ordinairement bien portante. Elle fut réglée à 13 ans et demi. Les règles étaient régulières, duraient 4 ou 5 jours et sans douleurs.

A 16 ans et demi, elle eut une première grossesse avec accouchement normal et suites de couches bonnes; cependant à partir de cette époque elle souffrait un peu au moment de ses règles.

A 18 ans et demi (il y a un an et demi) elle accouche d'un garçon mort, de 8 mois environ.

Quelques jours après, elle éprouve tous les symptômes d'une pelvi-péritonite assez intense. Cet état dure un certain temps au bout duquel les phénomènes se calment. Lorsque la malade se lève pour la première fois, elle est prise d'une violente métrorrhagie avec douleurs, celle-ci ne fut arrêtée que par un tamponnement qui fut très douloureux.

Quelques temps après, une seconde perte moins intense que la première arrêta encore la malade.

Depuis cette époque elle souffre presque continuellement dans le bas-ventre de chaque côté. Les règles sont devenues irrégulières et très douloureuses, surtout pendant les jours qui les précèdent. La malade éprouve de la lassitude, de l'inappétence et a maigri d'une façon notable. Elle ne peut marcher que difficilement et est obligée de rester au lit une partie de la journée.

Depuis une quinzaine de jours son état général est devenu plus alarmant, des douleurs plus vives ont apparu dans le ventre, la malade est obligée de garder le lit et elle a eu quelques légers frissons.

Elle entre à la Salpêtrière le 9 mai 1887.

Examen de la malade. Le ventre n'est pas ballonné, les parois sont minces, cependant on ne peut rien sentir par la palpation, mais on provoque une douleur vive dans la région des ovaires, surtout à gauche.

Par le toucher vaginal, l'utérus est peu douloureux, peu volumineux, presque immobilisé. Le col est fendu à gauche et entr'ouvert.

Du côté gauche, en déprimant le cul-de-sac vaginal, on sent une masse arrondie et douloureuse qu'il est difficile de percevoir en même temps par la paroi abdominale. J'ai pu la limiter facilement après l'emploi du chloroforme.

A droite, le doigt qui déprime le cul-de-sac rencontre aussi une petite induration qui est très douloureuse. On ne peut la sentir par a palpation abdominale, même sous l'influence du sommeil anesthésique.

Je n'hésite pas à déclarer qu'il s'agit là d'une affection inflammatoire des annexes de l'utérus.

Opération le 21 mai 1887 avec l'aide de M. le Dr Schwartz.

Incision médiane de cinq centimètres, au-dessus du pubis.

Les intestins et l'épiploon sont légèrement refoulés avec une éponge.

En explorant le côté droit du bassin, je trouve un masse irrégulière, mamelonnée, adhérente au cul-de-sac de Douglas, derrière le ligament large et se continuant avec la corne utérine et le bord de l'utérus.

Je la détache petit à petit de ses adhérences en passant progressivement derrière elle. Bientôt je l'attire au dehors et trouve un pédicule assez gros et large formé par l'origine de la trompe, le ligament de l'ovaire et un morceau du ligament large.

Le pédicule est coupé après avoir été lié avec deux ligatures en chaîne et une ligature totale supplémentaire.

Les parties enlevées sont constituées par la trompe grosse comme le pouce, surtout vers son extrémité externe, mamelonnée, comparable à une saucisse. Elle est oblitérée et les franges du pavillon sont effacées. Des fausses membranes épaisses et rouges la recouvrent et se portent sur l'ovaire petit, ratatiné mais contenant quelques cavités purulentes grosses comme des pois.

Du côté gauche, je trouve une masse plus volumineuse, située un peu au-dessus du cul-de-sac de Douglas, accolée derrière le ligament large. Elle est arrondie, fluctuante mais tendue et surmontée en haut par une masse bosselée et allongée.

Je la sépare avec peine de ses adhérences inférieures et postérieures. Malgré la petite ouverture abdominale, je parviens à la détacher et à l'attirer au dehors.

Son pédicule est large de quatre à cinq centimètres, épais, composé en partie par l'origine de la trompe épaissie et par un morceau du ligament large hypertrophié, rougeâtre. Je sens dans son épaisseur une grosse artère qui bat sous le doigt. Deux ligatures en anse, une ligature totale et une ligature isolée de l'artère assurent l'hémostase.

Pendant les manœuvres opératoires, la partie kystique se rompt; elle contenait du sang noir avec des caillots.

Cette masse était constituée par l'ovaire, gros comme un œuf, transformé en un kyste sanguin, surmonté par la trompe bosselée,

grosse comme le pouce, fluctuante et unie à lui par des adhérences membraneuses rouges et vasculaires. Celle-ci, comme la précédente contenait du liquide puriforme.

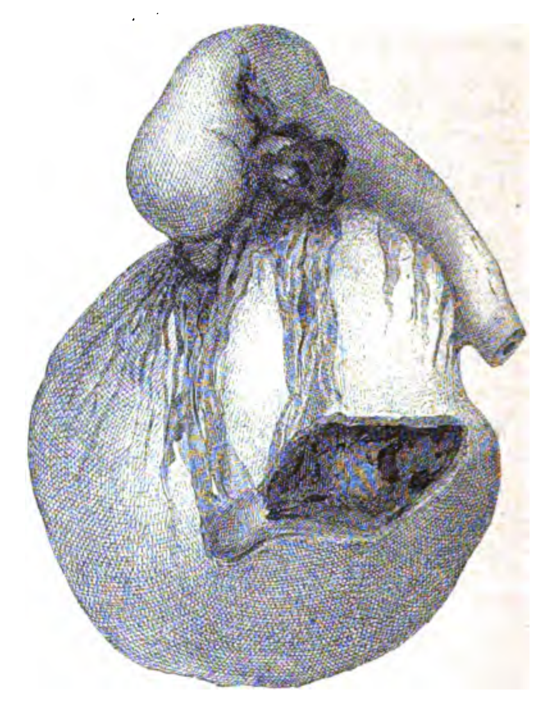


FIG. 3.

Le nettoyage du bassin fut fait très exactement avec de l'eau bouillie et des éponges.

Quatre sutures servirent à fermer la plaie abdominale.

Les suites furent très simples et ne donnèrent lieu à aucun trouble, la température ne dépassa pas 37°,5.

Sortie de la Salpêtrière, le 15 juin 1887, actuellement la malade ne souffre plus et a repris sa santé antérieure.

Si on compare ces deux observations et surtout les deux premières et la quatrième (la troisième étant trop complexe pour servir spécialement à cette étude), il est facile de constater que dans ces cas on a rencontré, non seulement les

symptômes ordinairement éprouvés par les malades, mais aussi les signes fournis par l'exploration du bassin, tels qu'ils ont été signalés par les auteurs qui ont le mieux étudié l'inflammation des trompes et des ovaires.

Les symptômes consistaient en des douleurs vives occupant spécialement la région du bas-ventre, mais avec un maximum d'intensité au niveau des ovaires. Ces douleurs étaient exaspérées par la marche, les mouvements et surtout par la pression. Ellos étaient plus vives au moment des règles.

Un second phénomène très important consistait dans des métrorrhagies assez abondantes, incoercibles, résistant pendant plus ou moins longtemps à tous les moyens employés contre elles. Ces métrorrhagies paraissaient avoir débuté peu après l'affection locale.

Un état nauséeux presque constant, une constipation assez opiniâtre augmentée par la douleur au moment de la défécation, des envies fréquentes d'uriner, empêchaient ces malades de lutter contre les progrès d'un dépérissement graduel.

Tous ces symptômes, durant plusieurs mois ou même plusieurs années, rendaient la vie insupportable et précaire.

Les signes fournis par l'examen des organes du bassin étaient très nets et permettaient d'affirmer une lésion des annexes de l'utérus.

Le toucher vaginal permettait de reconnaître la présence d'une tuméfaction assez résistante et très douloureuse au niveau des culs-de-sac latéraux, les parois du vagin restant indépendantes et mobiles.

En unissant ce mode d'exploration à la palpation abdominale, surtout après le relâchement de la paroi de l'abdomen sous l'influence du chloroforme (moyen très utile et souvent indispensable) on pouvait sentir manifestement entre les deux mains la tumeur formée par les annexes de l'utérus, soit au niveau du cul-de-sac de Douglas, soit plus haut, derrière l'arcade pubienne, ou au niveau du trou obturateur.

L'utérus plus ou moins dévié de sa position normale, est presque toujours volumineux, sensible à la pression et en partie immobilisé.

Le toucher rectal ne faisait qu'accentuer ces divers renseignements.

Les troubles de la miction étaient en rapport avec le degré de compression exercée par l'utérus.

L'opération dans les quatre cas, a été très difficile et délicate, mais suffisamment bien réglée pour permettre d'en donner une description d'ensemble.

Elle se divise en plusieurs temps :

1° Ouverture du péritoine sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, dans une étendue suffisante pour permettre l'introduction de trois doigts, au moins.

2° Les anses intestinales et l'épiploon qui se présentent dans la plaie sont refoulés en haut au moyen d'une éponge.

3° Le pouce, l'index et le médius, introduits dans le bassin d'abord d'un côté, puis de l'autre, en suivant exactement l'extrémité de la corne utérine, permettent de reconnaître facilement une tumeur plus ou moins volumineuse et bosselée, fluctuante ou dure, occupant une position variable sur les côtés de l'utérus. En la contournant avec les doigts, on a la notion que cette masse irrégulière est libre dans une partie de sa surface, celle qui regarde du côté de l'axe du bassin, ou seulement munie de quelques adhérences qui l'unissent à l'intestin. L'autre segment est intimement uni au fond du bassin, à la face postérieure du ligament large, au pourtour de la partie antérieure du bassin et aux bords de l'utérus.

Si, avec quelques précautions, les doigts sont insinués entre la tumeur et la partie du bassin à laquelle elle adhère, on sent bientôt que, par la déchirure des adhérences qui unissent ces parties, la tumeur se détache légèrement.

En continuant cette séparation et en agissant surtout de bas en haut, on arrive à isoler petit à petit toute la masse qui bientôt ne tient plus à l'utérus que par un pédicule qui se con-

tinue avec la corne de cet organe. Ce pédicule, d'un volume variable, n'est autre chose que l'origine de la trompe et le ligament de l'ovaire. La tumeur est alors extraite de l'abdomen et il suffit de poser deux ligatures sur ce pédicule pour pouvoir le sectionner sans crainte d'hémorrhagie et enlever toute la masse.

Pendant ces manœuvres, la trompe remplie de liquide (sang ou pus) peut se rompre et se déchirer par lambeaux. Il est alors impossible de l'enlever en masse, mais il faut avoir soin de détacher toutes les parcelles et de les enlever autant que possible.

4° La déchirure des adhérences, la rupture de la trompe remplie de sang, de liquide séreux ou quelquefois purulent, nécessitent un nettoyage parfait de la partie profonde du bassin. Pour cela l'emploi des éponges est quelquefois suffisant, mais il est plus avantageux de faire passer dans le bassin une assez grande quantité d'eau tiède filtrée et rendue aseptique par l'ébullition. Celle-ci dilue les caillots, les fait surnager et nettoie facilement toutes les anfractuosités de la cavité pelvienne. Ce nettoyage avec l'eau est indiqué surtout lorsque la trompe ou l'ovaire contenaient du pus ou des liquides altérés.

Quand les déchirures ont été très étendues, il est souvent utile de laisser dans le fond du bassin deux gros ovaires pendant 36 où 48 heures, pour donner issue aux liquides qui suintent des surfaces déchirées.

L'opération se termine par la suture abdominale comme dans la laparotomie.

L'*anatomie pathologique* de la salpingite et de l'hématosalpingite, doit être envisagée à deux points de vue : l'apparence microscopique et l'examen histologique.

Examen a l'œil nu. — La trompe hypertrophiée, contournée sur elle-même est ordinairement oblitérée au niveau de son pavillon. Le plus souvent les franges ont disparu et on aperçoit à leur place une véritable cicatrice triangulaire ou étoilée qui correspond à la fermeture (fig. 1) ou bien les

franges épaissies, volumineuses, forment une collerette autour de la cicatrice, trace de l'oblitération (fig. 2).

Quand la trompe est dilatée et contient du liquide séreux, du sang ou du pus, elle peut acquérir des dimensions considérables, et dépasser le volume d'un œuf de poule comme dans une de nos observations, ou même davantage. Le plus souvent le volume ne dépasse guère celui du pouce.

Toujours la face inférieure de la trompe est adhérente intimement à l'ovaire, qu'elle embrasse plus ou moins en le contournant. Outre les adhérences directes et difficiles à détacher, il existe dans le sillon de séparation de ces organes des tractus, de véritables cordages allant d'un organe à l'autre.

La surface de l'ovaire est elle-même recouverte de fausses-membranes, de brides plus ou moins épaisses.

Enfin les deux organes sont unis au péritoine du bassin par des adhérences que le chirurgien détruit pendant le cours de l'opération.

Lorsqu'il y a rétention du liquide dans la trompe il est probable que l'orifice interne de celle-ci est également oblitéré.

L'ovaire est atrophié, quelquefois, souvent plus volumineux mais normal. Dans quelques cas il contient des abcès ou une poche sanguine (fig. 3).

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Lorsqu'on examine des coupes transversales de la trompe de l'observation II (fig. B) on voit d'abord que le diamètre transversal de sa cavité était deux ou trois fois plus considérable que celui de la trompe normale. Son calibre est complètement rempli par des végétations parties de la paroi. Celles-ci sont innombrables et revêtent les formes les plus variées. Certaines, assez petites, se terminent bientôt par une extrémité libre un peu renflée. D'autres présentent des végétations secondaires sur leur paroi. Beaucoup s'anasto-

mosent en arcades, en anses, à leur extrémité interne, avec les végétations voisines. Une série de végétations implantées par leur base à la surface interne de la trompe forment ainsi un réseau irrégulier par les jetées transversales qu'elles s'envoient l'une à l'autre comme autant de ponts et d'anastomoses entre lesquelles il existe des espaces libres.

Les plus grandes végétations s'avancent jusqu'au milieu du calibre de la trompe qu'elles peuvent même dépasser. On compte sur ces grandes végétations jusqu'à 15 et 20 végétations secondaires, papillaires, plus ou moins longues et épaisses elles-mêmes qui s'écartent dans diverses directions. La partie centrale de ces grandes végétations est assez épaisse. Elle est formée de tissus fibreux et de vaisseaux sanguins, artérioles, capillaires et veinules. Leur sommet donne quelquefois naissance à un véritable bouquet de végétations. Dans le point où plusieurs de ces excroissances partent d'un centre commun on voit souvent la coupe transversale d'un vaisseau assez volumineux.

La charpente de toutes les excroissances implantées sur la paroi de la trompe ou sur les bourgeons principaux, est toujours constituée par des faisceaux de tissu conjonctif et des vaisseaux capillaires. Les cellules du tissu conjonctif y sont peu nombreuses et généralement aplaties. Elles sont toutes recouvertes par une couche continue de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratils. Il existe parfois des cellules détachées, rondes et du mucus en petite quantité à leur surface.

Les sections de la paroi de la trompe de l'observation I comparée à celle d'organes normaux montre qu'elle n'est pas notablement épaissie. Là encore il faut s'entendre : l'épaisseur des couches fibro-musculaires est la même en un point donné, mais comme la trompe malade, atteinte de salpingite est très dilatée relativement à la normale, sa paroi devrait être amincie si elle n'avait pas subi un accroissement en épaisseur. On doit donc dire que ces faisceaux musculaires se sont hypertrophiés notablement. De plus le tissu

conjonctif qui forme la couche externe de la trompe est plus épais partout qu'à l'état physiologique.

Dans les observations II et III où les trompes étaient distendues par du sang, leur paroi était très manifestement amincie, mais cet amincissement n'était pas en rapport avec leur dilatation, c'est-à-dire que si l'on avait dilaté artificiellement une trompe normale de façon à lui donner le même volume, la paroi ainsi obtenue aurait été de beaucoup plus mince que celles que nous avons examinées.

La membrane interne de la trompe de l'obs. III présentait, à sa surface, des végétations, les unes peu élevées, d'autres plus hautes et ramifiées, quelques-unes anastomosées avec leurs voisines. On peut dire que ces végétations étaient très petites relativement à celles de l'obs. II. Elles sont même moins élevées que celles de la trompe normale d'une femme adulte si on les considère isolément. Mais il n'en est pas moins vrai qu'elles étaient, sur une section transversale totale de la trompe dilatée, beaucoup plus nombreuses que celles d'une section de trompe normale parce que leur surface d'implantation était beaucoup plus étendue.

Le contenu de la trompe consistait simplement, dans ces faits, en globules rouges. Les végétations présentaient du pigment sanguin infiltré dans leur tissu conjonctif. Elles étaient couvertes de cellules épithéliales normales.

En examinant les trompes remplies de sang et transformées en véritables kystes sanguins (obs. II et III) on constate que, dans ces cas, les villosités sont au contraire atrophiées, aplaties et qu'elle tendent à disparaître sous l'influence de la pression exercée par le sang contenu dans leur cavité.

L'examen des pièces de l'obs. IV (pyosalpingite) montra les particularités suivantes :

Sur les coupes de la trompe, dans le voisinage du pavillon, on constate que la muqueuse est revêtue d'une quantité considérable de végétations, arborescentes, anastomosées, remplissant la cavité élargie de la trompe. Elle sont séparées les unes des autres par une mince couche de muco-pus.

Ces végétations sont très épaisses surtout si on les compare à celles de la trompe atteinte de salpingite simple (obs. II).

Leur épaisseur est due à une infiltration de leur tissu conjonctif par une quantité de cellules rondes migratrices.

Avec un fort grossissement (200 diam.) on voit, en effet, que toutes les végétations offrent dans leur tissu des cellules rondes semblables aux globules blancs, cellules embryonnaires, toutes égales entre elles, séparées par des fibrilles de tissu conjonctif.

L'épaisseur de ces végétations est au moins trois ou quatre fois plus grande qu'à l'état normal. Elles sont toutes tapissées par une couche simple de cellules cylindriques assez basses, moins allongées qu'à l'état normal.

Une couche de mucus contenant du pus était adhérente à la surface libre de ces cellules cylindriques.

Cette large infiltration du tissu fondamental des végétations est tout à fait différente de celle qu'on trouve dans les cas précédents (hémato-salpingite et salpingite simple).

Elle est aussi différente de la salpingite blennorrhagique (cas de Cornil, *Soc. anatomique*, séance du 27 mai 1887), dans laquelle il n'y avait aucune infiltration du tissu des végétations, du reste presque normales.

Le muco-pus contenu dans les trompes a été examiné avec soin. Il contenait du mucus et des globus purulents. Ceux-ci étaient ronds, de volume variable; leurs noyaux étaient ronds ou ovoïdes.

Recueilli sur des lamelles, ce liquide fut examiné au point de vue des bacilles de la tuberculose et des bactéries de toute autre nature. On n'a trouvé que quelques microcoques très rares, vulgaires, vraisemblablement accidentels et venus de l'air, mais aucun bacille de la tuberculose. (Note de M. Cornil et de M. Clado).

L'*examen histologique* des ovaires montre qu'ils n'ont subi aucune altération notable dans leur parenchyme. On y trouve des follicules de volume variable, contenant du sang,

résultat des dernières ovulations, espèce de corps jaunes à différentes périodes d'évolution. (Dans l'obs. I, il y avait de nombreux petits follicules remplis de sang.)

La plupart sont transformés en tissu fibreux emprisonnant du pigment ou des cristaux d'hématoïdine.

Il semble que dans ces cas l'ovaire n'a pas été altéré et que sa surface péritonéale seule a été modifiée par une inflammation qui a produit des fausses membranes et des adhérences avec la trompe déjà signalées plus haut.

En résumé, si on veut donner une explication rationnelle des désordres observés dans ces cas de salpyngite, on voit qu'il s'agit ici d'une inflammation de la muqueuse de la trompe utérine, propagée à la suite d'une inflammation semblable de la muqueuse utérine.

Cette inflammation a gagné le pavillon, a atteint le péritoine voisin où elle a provoqué une péritonite locale adhésive, d'où viennent les fausses membranes qui unissent la trompe à l'ovaire et ces deux organes, au péritoine du bassin. L'oblitération de la trompe en est la conséquence. Ces trompes peuvent contenir du liquide louche, du sang par hémorrhagie, ou du pus. Dans certaines circonstances, la cavité est simplement remplie et presque oblitérée par les villosités de la muqueuse hypertrophiée.

Ces lésions rendent compte des phénomènes éprouvés par la malade, accidents péritonéaux localisés, douleurs principalement dans la région des ovaires, métrorrhagies et retentissement grave sur les fonctions digestives.

Comme ces organes ainsi altérés sont devenus inutiles, comme de plus ils constituent un danger permanent pour les malades, il ne faut pas hésiter à les enlever quand tous les autres moyens de guérison ont échoué. La bénignité relative de la laparotomie et surtout les succès nombreux publiés par Lawson Tait en Angleterre, et par beaucoup d'autres chirurgiens américains et allemands ne laissent aucun doute sur l'efficacité et sur l'innocuité ordinaire de cette opération radicale.

DE L'ABAISSEMENT D'UN BRAS, OU DES DEUX BRAS, COMME MÉTHODE APPLICABLE A L'EXTRACTION DU TRONC APRÈS LA BASIOTRIPSIE DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS.

Par le Dr **A. Ribemont-Dessaignes**,

Agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Accoucheur de l'hôpital Beaujon.

J'ai publié déjà l'année dernière, dans les Annales de gynécologie (1), une note sur le même sujet. Dans ce travail je décrivais une manœuvre qui d'abord exécutée sur le mannequin (2) puis ensuite sur le vivant m'avait paru appelée à rendre service.

Lorsque en effet, l'on a, au moyen du basiotribe convenablement broyé la tête d'un fœtus, il est facile d'engager cette région à travers le bassin à moins que la viciation de celui-ci ne soit extrême, et de l'entraîner au dehors; mais on éprouve souvent des difficultés considérables à engager les épaules, et à extraire le tronc. Il est facile d'en dire la raison.

Sous l'influence des tractions, exercées sur le cou, les deux épaules pénètrent dans le bassin, puis le thorax, sur les côtés duquel sont accolés les bras, s'engage comme un coin à travers le détroit supérieur. Bientôt le mouvement de descente s'arrête, le tronc se trouvant enclavé dans l'excavation.

J'ai montré (3) qu'une manœuvre réglée et d'une exécution habituellement simple permettait alors de terminer rapidement l'accouchement.

Cette manœuvre consiste à faire engager dans le bassin, non plus simultanément mais *successivement* les épaules.

Pour cela, on va à la recherche d'un bras, ordinairement

(1) Note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc d'un fœtus dans la basiotripsie. *Annales de gynéc.* Août 1886.

(2) Voir *Annales de gynéc.* Nov. déc. 1884 et janvier 1885.

(3) *Loc. cit.*

le bras postérieur, que l'on abaisse et que l'on dégage.

L'abaissement du second bras est parfois nécessaire. On peut éprouver quelque difficulté à cette recherche lorsque le bras est très élevé. J'ai conseillé en pareil cas de porter l'index dans le creux de l'aisselle que l'on atteint toujours, d'exercer sur l'extrémité de l'humérus avec le bout du doigt une pression suffisante pour fracturer l'extrémité supérieure de l'os. Le bras est très facilement abaissé grâce à cet artifice.

Sitôt le bras amené au dehors, on exerce des tractions *à la fois* sur ce bras et sur la tête toujours saisie par l'instrument. On est alors tout surpris de la facilité avec laquelle le tronc s'engage dans la filière pelvienne et est amené au dehors.

Telle est cette manœuvre à laquelle mon cher ami M. le Dr Pinard (1) a cru qu'on devait donner mon nom.

Deux de nos très distingués collègues MM. les Drs E. Bailly et Guéniot ont pensé qu'il y avait injustice à le faire, et ce dernier a déclaré hautement devant la Société obstétricale et gynécologique de Paris (séance du 21 juillet 1887) que cette manœuvre appartenait à M. le Dr Bailly.

Nous empruntons au Bulletin médical du 7 août 1887, p. 732 le compte rendu de cette séance (2).

M. Bailly venait de lire l'observation d'un cas de dystocie, dans lequel, après avoir broyé la tête et SECTIONNÉ le cou, « il abaissa un bras et tira, le bras se détacha, le même fait « se reproduisit pour l'autre bras et pour une jambe... ».

M. Bailly ajoutait qu'il avait réussi, dans un cas analogue, à extraire le fœtus « en employant une manœuvre qui a été « attribuée par M. Pinard à M. Ribemont-Dessaignes et « connue sous le nom de manœuvre de Ribemont-Dessai- « gnes ».

(1) Voir *Annales de gynéc.* Nov., déc. 1884 ; janvier 1885.

(2) Consulter également les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* du 25 octobre 1867, p. 487 et 503.

Au cours de la discussion soulevée par la lecture de M. Bailly, M. Guéniot prend la parole parce qu'il « tient à « dire publiquement, n'ayant pu l'écrire dans son article « Embryotomie du Dictionnaire de Dechambre, faute de « retrouver l'indication bibliographique que *M. Bailly est le « premier qui ait employé la manœuvre dite de Ribemont- « Dessaignes, et que lui-même l'a employée avec succès dans « deux cas bien avant que M. Ribemont-Dessaignes l'ait « trouvée.*

Après avoir pris connaissance de ce compte rendu, dont j'ai cité les seuls passages qui m'intéressaient directement, je m'empressai de demander à mes collègues de vouloir bien me fournir les indications bibliographiques qui n'avaient pas échappé qu'à moi seul, ce qui avait fait m'attribuer à tort la priorité de la manœuvre.

Ils le firent avec une bonne grâce dont je les remercie d'autant plus volontiers, qu'ils m'ont ainsi permis de m'assurer que le procédé opératoire employé par eux diffère absolument de la manœuvre que j'ai décrite.

Je le prouverai à l'aide des documents indiqués par mes collègues.

M. Bailly me renvoyait à la Gazette des hôpitaux, numéro du 11 décembre 1883 (1).

M. Guéniot me donnait la même indication et m'invitait en outre à lire : 1° le Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique (séance du 12 novembre 1885) (2) ; 2° son article *Embryotomie* du Dictionnaire encyclopédique (3).

L'observation de M. Bailly est intitulée :

Dystocie par excès de volume du fœtus chez une femme régulièrement conformée.

AVANTAGES DES TRACTIONS SUR LES BRAS *pour opérer le dégagement du tronc*, APRÈS LA DÉCOLLATION DU FŒTUS.

---

(1) *Gaz. des hôp.*, 11 déc. 1883, p. 1132.

(2) *Nouvelles Archives d'obst. et de gynéc.*, n° 1, 25 janvier 1886, p. 12.

(3) *Dict. Encyc. des sciences méd.*, 1re série, t. XXXIV, 1re partie, 22 novembre 1886.

Je résume les traits principaux de cette observation :

OBSERVATION de M. E. BAILLY

Au mois d'août 1881 à 11 heures du soir, on vint, dit M. Bailly, me prier de me rendre sans retard au village de S..., près de Fontainebleau où d'honorables confrères de cette ville m'appelaient pour terminer un accouchement laborieux.

M. Bailly se trouve en présence d'une femme obèse chez laquelle plusieurs tentatives de forceps auraient été faites par trois médecins.

On s'était également servi du crochet aigu; on avait tenté la version podalique, mais vainement.

M. Bailly constate que le bassin est normal, mais que le fœtus est putréfié.

Mes confrères me cédant la place, c'était à mon tour d'agir. Il n'y avait plus à songer au forceps et tout d'abord je pensai que le céphalotribe fenêtré trouverait une prise solide sur la base du crâne que je pouvais supposer entière.

Aussi après avoir chloroformisé la malade j'appliquai mon instrument sur le moignon de la tête; malheureusement les os de la base du crâne étaient eux-mêmes disjoints, mobiles et mon céphalotribe dérapa. Cette ressource m'échappant je ne voyais plus que la version pelvienne qui me permît d'avoir l'enfant et je me mis en devoir de l'effectuer. L'introduction de la main eut pour premier effet d'ouvrir la porte à des gaz accumulés, et la matrice se mit à détoner comme une pièce d'artillerie. J'essayai d'avancer jusqu'aux pieds, mais je fus bien vite arrêté par une résistance inévitable tenant à la rétraction puissante de l'utérus, surexcité par un travail infructueux de près de quatre jours; il me fallut battre en retraite.

Ainsi plus de tête à saisir par le céphalotribe ou par le forceps, version rendue impraticable par la résistance de l'utérus, telle était la situation; c'était embarrassant. Cependant je me remis bientôt de la première surprise qui causent toujours les difficultés imprévues et je me dis qu'il fallait à tout prix sortir honorablement de ce mauvais pas. Le bassin était régulièrement conformé, je n'avais pas perdu tout l'espoir d'y faire passer l'enfant. J'avais il est vrai échoué dans un premier essai de version pelvienne

mais je pouvais en tenter un second; c'est ce que je fis. Après m'être reposé pendant quelques instants, j'allai encore à la recherche des pieds, et ma main ayant rencontré un bras sur son chemin, l'idée me vint que je trouverais sur ce membre une prise solide me permettant d'avoir l'enfant. J'abaissai donc ce premier bras et l'ayant enveloppé de linge pour le rendre moins glissant je me mis à tirer dessus. Je sentis bientôt se produire une crépitation de rupture, indice d'un commencement de désarticulation de l'épaule, et sans en compléter l'arrachement, je suspendis mes efforts pour aller chercher le second bras que j'amenai également à la vulve. Tirant alors simultanément sur les deux bras j'amenai au dehors sans grande difficulté un monstrueux garçon livide, fortement ballonné dont la sortie fut encore accompagnée de force coups de canon tirés par la matrice. Ce fœtus privé de tête pouvait bien peser 4500.

M. Bailly ajoute les réflexions suivantes : « Avec les con-
« ditions qui m'étaient faites *par l'ablation partielle de la*
« *tête et par l'écrasement de la base du crâne* de l'enfant,
« saisir les bras et tirer dessus était assurément la manœuvre
« la plus rationnelle, c'était la manœuvre la plus inoffensive
« pour la mère, et la plus efficace, l'expérience l'a bien
« prouvé.
« Cependant quatre médecins instruits n'y avaient pas
« songé, et, avec plus d'habitude des opérations d'accou-
« chement je n'y aurais pas songé davantage. »

Je passe aux documents indiqués par M. Guéniot.

Dans la séance du 12 novembre 1885, M. Verrier lisait devant la Société obstétricale et gynécologique une observation :

Dystocie par mort du fœtus dans la cavité utérine; rupture prématurée des membranes; difficultés du diagnostic; travail prolongé; putréfaction fœtale. Céphalotomie. DÉTRONCATION, *état emphysémateux du fœtus, extraction du tronc par les bras. Gangrène consécutive de la vulve et du vagin. Phlébite puerpérale infectieuse. Guérison.*

Prenant part à la discussion de cette observation, M. Guéniot s'exprime ainsi : « On éprouve de grandes difficultés à « terminer l'accouchement quand le fœtus a son volume déve- « loppé par les gaz de la putréfaction. Il y a quelques mois, « chez une femme atteinte de fibromes multiples de l'utérus « et pour laquelle j'avais requis l'assistance de nos collègues « Charpentier et Porak, la tête put être amenée assez faci- « lement à l'extérieur, mais j'éprouvai des difficultés énormes « pour extraire le tronc. La tête était tellement appliquée « contre la vulve qu'il y avait impossibilité absolue à intro- « duire la main ou un instrument. JE FIS LA DÉTRONCATION « et j'allai alors chercher le bras postérieur, puis le bras anté- « rieur, et par des tractions exercées ensuite sur les deux bras « je parvins assez facilement à terminer l'accouchement.

« Averti par ce fait, et employant dans le cas de M. Ver- « rier la manœuvre qui m'avait si bien réussi, j'arrivai faci- « lement à extraire le tronc. En pareil cas, la ponction du « corps de l'enfant ne présenterait aucun avantage, car les « gaz ne sont pas collectés en une poche unique, mais dissé- « minés dans tout le tissu cellulaire.

« Cette méthode d'extraction mériterait d'être généralisée, « et elle rendrait de grands services. »

Dans l'article *Embryotomie* du Dictionnaire Encyclopédique paru le 22 novembre 1886, M. Guéniot écrit, dans un chapitre intitulé *Décollation à vue :* « Pour le dégagement du tronc resté seul après le retranchement de la tête, je crois devoir indiquer ici une pratique qui m'a été plusieurs fois du plus grand secours... ».

Et, après avoir relaté les deux observations déjà rapportées dans la séance du 12 novembre et dont il vient d'être question, M. Guéniot conclut : « Il y aurait donc lieu pour « les cas extrêmes dont j'ai parlé, d'adopter comme règle de « conduite la méthode opératoire suivante : *Après l'extrac-* « *tion de la tête*, PRATIQUER SANS DÉLAI LA DÉCOLLATION « *puis dégager successivement les deux membres supérieurs,* « *en commençant par celui qui est situé le plus en arrière,*

« *enfin tirer en bas sur ces deux membres à la fois pour* « *entraîner au dehors le reste du fœtus* ».

Ai-je besoin maintenant d'insister pour démontrer qu'il s'agit de deux procédés opératoires qui diffèrent non seulement dans leur exécution, mais même dans leurs indications.

Dans les faits de MM. Bailly et Guéniot, le bassin était normal et le fœtus putréfié et emphysémateux.

J'ai imaginé ma manœuvre et n'en ai conseillé l'emploi que pour les cas où la viciation du bassin, s'opposant à la sortie de la tête fœtale, a rendu la basiotripsie nécessaire.

MM. Bailly et Guéniot abaissent les deux bras *après avoir pratiqué la décollation;* je conseille au contraire de garder le cou, d'abaisser le bras postérieur, et si cela ne suffit pas, le bras antérieur, et puis d'exercer des tractions *à la fois* sur le cou et sur le bras ou les bras. On évite ainsi la répugnante et inutile décollation et l'on conserve une prise excellente pour les tractions.

Les expériences, entreprises par le professeur Pajot et consignées dans sa thèse d'agrégation (1), sur la résistance comparée du cou et des membres d'un fœtus soumis à une forte traction, nous ont fait connaître en effet la solidité de la région cervicale.

Dans une première expérience, le cou d'un fœtus à terme supporta sans se rompre pendant trente minutes une traction de 60 kilogr. Dans une deuxième, un poids de 75 kilogr. ne put en neuf minutes arriver à rompre le cou qui ne céda qu'à une traction de 78 kilogr. quatorze minutes après le début de l'expérience.

Une traction de 37 kilogr. à suffi au contraire dans une troisième expérience pour arracher en quatre minutes le membre supérieur d'un fœtus à terme.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un fœtus dont les tissus envahis par la putréfaction n'offrent plus qu'une faible résistance, il ne peut plus y avoir d'opération réglée, l'accoucheur

(1) *Travaux d'obstétrique et de gynécologie.* Paris, 1882, p. 413 et suiv.

est obligé, pour achever une opération hérissée de difficultés, de tenir compte du degré de putréfaction, de la fragilité des tissus du fœtus et de régler sa conduite d'après ces données.

Alors il peut être amené à pratiquer la décollation.

Mais je le répète, ce n'est pas pour ces cas spéciaux et heureusement assez rares que j'ai imaginé ma manœuvre. Je n'ai eu d'autre but en recommandant son emploi que d'empêcher l'arrachement du cou et d'éviter l'application laborieuse du basiotribe sur le tronc, dans les cas où le bassin offre des dimensions très réduites.

Je crois avoir prouvé que MM. Bailly et Guéniot ont commis une erreur en croyant identiques la manœuvre employée par eux et celle que j'ai décrite. M. Guéniot a fait, il me semble, en outre, une confusion de dates lorsqu'il a déclaré à la Société obstétricale et gynécologique que « lui-même « avait employé cette manœuvre avec succès dans deux « cas, *bien avant* que M. Ribemont-Dessaignes l'ait trou- « vée ! ».

Cette affirmation s'appuie en effet :

1° Sur ce qu'a dit M. Guéniot *le* 12 *novembre* 1885 à la Société obstétricale et gynécologique ; or le *mémoire de M. le Dr Pinard*, sur le Basiotribe, mémoire dans lequel se trouve signalée et décrite la manœuvre qui porte mon nom date de *Novembre, Décembre* 1884 *et Janvier* 1885 (Annales de gynécologie).

2° Sur l'article *Embryotomie* du Dictionnaire de Dechambre publié le 22 novembre 1886 ;

Or ma *Note sur une manœuvre destinée à favoriser l'extraction du tronc du fœtus dans la basiotripsie* a été publiée le 15 août 1886 dans les Annales de gynécologie.

Après m'être efforcé de me disculper du soupçon de plagiat que semblait autoriser la communication de mon excellent collègue, je rapporterai trois nouvelles observations de basiotripsie. Dans les deux premières l'abaissement d'un bras a été nécessaire. Il a suffi pour permettre facilement d'extraire le tronc.

Dans la troisième il existait une procidence du bras. Si l'extraction de la tête m'en a paru gênée, par contre l'engagement du tronc et sa sortie n'ont présenté aucune difficulté, ce qui montre une fois de plus l'avantage de l'engagement successif des épaules.

Obs. I. — *Bassin généralement rétréci. — Sommet. — Basiotripsie. — Délivrance artificielle. — Irrigation continue. — Guérison.*

C..., Caroline, cuisinière, âgée de 30 ans, primipare, entre dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes à l'hôpital Beaujon, le 7 novembre 1886, à 9 heures du matin.

Bassin généralement vicié mesurant dans le diamètre promonto-sus-pubien 8 centimètres. Sommet élevé en OIGA. Tête volumineuse. La dilatation a les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Les premières douleurs se sont fait sentir à 4 heures du matin.

A dix heures, les membranes se rompent spontanément. On assiste à la formation rapide d'une grosse bosse séro-sanguine. A midi, la dilatation étant complète, l'interne du service fait une application de forceps. Mais la tête ne descend pas.

M. Ribemont-Dessaignes prévenu, essaye à son tour d'engager la tête sans pouvoir y parvenir. Il se décide à employer le basiotribe à 2 heures 1/2. La tête broyée s'engage et apparaît bientôt à la vulve.

Elle est dégagée sans difficultés. Mais il n'en est pas de même des épaules qui ne peuvent s'engager en même temps dans le bassin. M. Ribemont-Dessaignes va à la recherche du bras postérieur qu'il abaisse et qu'il dégage. Tractions modérées exercées à la fois sur la tête et sur le bras. Le tronc s'engage avec la plus grande facilité, et l'accouchement est rapidement terminé.

Le fœtus pèse 3000 gr. sans la matière cérébrale.

On est obligé à cause de l'adhérence d'une partie du placenta de faire la délivrance artificielle.

Suites de couches traversées par quelques phénomènes fébriles dus à l'élimination d'eschares assez étendues du vagin.

Irrigation continue du 10 au 12 novembre. La femme C..., quitte l'hôpital complètement guérie le 7 janvier 1887.

Observation II. — *Bassin vicié. — Diamètre promonto-sous-pubien 9 cent. 1/2. — Présentation du sommet. — Tentatives infructueuses d'extraction à l'aide du forceps. — Mort de l'enfant. — Basiotripsie. — Guérison.*

La nommée S..., femme L..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Ribemont-Dessaignes, le 23 juin 1887, à 8 heures 1/2 du matin.

Cette femme est enceinte pour la quatrième fois. La première grossesse s'est terminée par un avortement au deuxième mois, la deuxième par un accouchement spontané d'un enfant vivant. Son troisième accouchement a été artificiel. La femme L..., ne put donner aucun renseignement sur la nature de l'intervention; l'enfant est mort.

Actuellement elle est à terme, et en travail depuis vingt heures. L'enfant paraît volumineux. Il se présente par le sommet en OIGT.

On arrive facilement sur l'angle sacro-vertébral. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 c. 1/2. Dilatation complète.

La tête est retenue au-dessus du détroit supérieur. Les membranes rompues depuis 5 heures du matin ont permis la formation d'une énorme bosse séro-sanguine.

L'auscultation ne permet d'entendre en aucun point les bruits du cœur fœtal.

Les contractions utérines sont rares et peu intenses.

A 8 h. 1/2, l'interne du service fait sans succès deux applications de forceps.

A 9 h. 1/4, M. Ribemont-Dessaignes fait à son tour une application de forceps, mais voyant qu'une traction modérée ne peut engager la tête, et en raison de la certitude que l'on a de la mort du fœtus, il renonce bien vite au forceps et applique le basiotribe.

L'opération se fait très régulièrement et la tête est amenée, sans peine, au dehors; mais malgré des tractions énergiques et soutenues il est impossible d'engager le tronc. M. Ribemont-Dessaignes va à la recherche du membre supérieur qui se trouve en arrière, fracture l'extrémité supérieure de l'humérus, et abaisse puis dégage le bras. Il est dès lors très facile en exerçant à la fois sur le cou et sur ce bras des tractions modérées d'extraire le tronc et de terminer ainsi l'accouchement.

L'opération a duré 20 minutes.

La délivrance suit de près la sortie du fœtus.

La tête est complètement broyée.

Le fœtus mesure 55 centimètres et pèse 3660 grammes sans la matière cérébrale.

Suites de couches heureuses.

La malade quitte, sur sa demande expresse, l'hôpital le 1er juillet.

Obs. II. — *Bassin vicié. — Diamètre promonto-sous-pubien = 9 cent. 1/2. — Présentation du sommet. — Procidence du bras et du cordon. — Transformation en présentation de la face. — Basiotripsie. — Guérison.*

L...., femme T...., 28 ans, IV pare, entre à l'hôpital Beaujon, salle St-Paule, service du Dr Ribemont-Dessaignes, le 29 décembre 1885, à 1 heure du matin.

Cette femme est enceinte pour la quatrième fois.

Les deux premiers accouchements se sont terminés spontanément après un travail prolongé, par la naissance d'enfants vivants. Le troisième a nécessité la version. L'enfant a succombé.

Les dernières règles remontent au 20 mars. La femme T..., est donc à terme.

La grossesse n'a rien présenté de particulier. L'urine contient une certaine quantité d'albumine.

Les premières douleurs se sont montrées le 27 décembre à 9 heures du soir, et le lendemain à midi les membranes se sont rompues spontanément.

La dilatation est presque complète au moment de l'entrée à la salle d'accouchement.

Le sommet se présente au niveau du détroit supérieur, mais il existe en même temps une procidence du cordon et une procidence du bras droit. On rétropulse le cordon, mais la procidence du bras ne peut être réduite.

L'interne du service fait infructueusement une application de forceps. On s'aperçoit aussitôt après que le sommet a fait place à une présentation de la face en MIDP et que la procidence du cordon s'est reproduite. Quelques instant après on constate que les pulsations du cordon ne sont plus perceptibles. M. Ribemont-Dessaignes prévenu, arrive aussitôt, et pratique à 3 heures du matin

la basiotripsie. Le perforateur pénètre dans le crâne à travers l'orbite gauche.

Petit broiement facile. Le grand broiement exige l'emploi d'une certaine force. Des tractions assez énergiques sont nécessaire pour entraîner la tête broyée qui descend accompagnée du bras.

Mais une fois la tête dehors, le reste du tronc vient très facilement.

Délivrance quelques minutes après.

La femme T..., fut en raison de son albuminurie soumise au régime lacté.

Le quatrième jour, toute trace d'albuminurie avait disparu.

Les suites de couches ont été heureuses.

Un peu de fièvre s'est montrée du 3e au 5e jour; elle a cédé rapidement à l'emploi de fréquentes injections de solution de bichlorure de mercure aux trois millièmes.

Exeat, en très bon état le 14 janvier 1886.

REVUE GÉNÉRALE

Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement (1).

II

UTÉRUS PARTURIENT

Nous avons vu, dans la première partie de cette revue, que l'utérus, au moment où le travail de l'accouchement va commencer, est ainsi disposé :

1o *Le corps proprement dit* (zones supérieure et *moyenne*) avec sa paroi épaisse, sa forte musculature, son adhérence intime au péritoine.

2o Le segment inférieur (zone inférieure du corps), calotte amincie de 10 centimètres environ de diamètre à sa base, lâchement unie au péritoine, descendant plus ou moins dans l'excavation pelvienne avec la tête du fœtus dont elle coiffe le pôle inférieur c'est-à-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1887.

dire toute la région située au-dessous de la circonférence sous-occipito-bregmatique.

3° Appendu au segment inférieur, et séparé de lui par l'*orifice interne*, le col, tube de 3 à 5 centimètres de long, perméable au

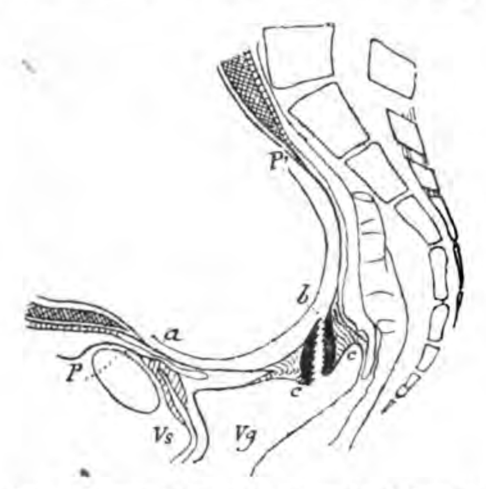


FIG. 6 (D'après la figure 2 du mémoire de BANDL).

cu, Corps de l'utérus. — *ab*, Segment inférieur de l'utérus. — *bc*, Col de l'utérus. — *b*, Orifice interne du col. — *cc*, Portion vaginale du col. — *PP* Limite de l'adhérence du péritoine. — *Vg*, Vagin. — *Vs* Vessie.

(N. B. J'emprunte au mémoire de BANDL les figures 6, 8 et 9, mais non leurs légendes.)

doigt mais nullement aux membranes, qui plus ou moins adhérentes encore au segment inférieur (suivant le degré d'engagement) passent comme un pont au-dessus de l'orifice interne et du bouchon muqueux.

Le travail commence.

Les contractions des zones supérieure et surtout moyenne de l'utérus pressent le fœtus qui faisant effort sur les pôles utérins tend naturellement à s'échapper par le point qui offre le moins de résistance. Ce point est évidemment le diaphragme non soutenu (segment inférieur et col) qui sépare le fœtus du vagin prêt à s'ouvrir sans résistance devant lui.

Le résultat de la pression exercée par le pôle céphalique sur ce diaphragme est complexe.

Le segment inférieur s'allonge et s'amincit par suite d'une sorte de laminage. Il devient parfois si mince qu'on a pu au travers sentir assez distinctement les sutures et les fontanelles pour croire à une dilatation complète alors que la dilatation n'était pas commencée. La pression, le frottement du pôle céphalique achèvent de décoller du segment inférieur les membranes qui s'étendent, forment poche et s'insinuent dans l'orifice interne, puis dans le canal cervical et arrivent bientôt jusqu'à l'orifice externe.

Le col s'évase, *s'efface*, s'ouvre graduellement de l'orifice interne vers l'orifice externe ; la cavité cervicale se perd dans la grande cavité utérine, et, au segment inférieur d'origine utérine, mécaniquement formé pendant la grossesse, va s'ajouter une portion d'origine cervicale mécaniquement formée pendant le travail.

On peut se faire une idée grossière du phénomène de l'effacement du col en appliquant à cette première période du travail ce que Velpeau disait de l'utérus à la fin de la grossesse. Lorsque le travail commence « l'organe gestateur offre la figure d'un vase sphéroïde terminé par un goulot qui paraît très court. On pourrait le comparer à une vessie dont l'extrémité uréthrale ou le col serait ficelé dans l'étendue d'un pouce ou deux. En imaginant alors que quelqu'un relâche avec lenteur et de haut en bas les cercles du lien qui le ferme pendant qu'une autre personne souffle pas son fond. pour la distendre, on aura une idée assez nette de l'effacement graduel du sommet de l'utérus ».

Voici quelle est alors la disposition des parties sur une coupe verticale, médiane, antéro-postérieure d'un utérus pendant la période d'effacement du col.

L'utérus semble encore comme à la fin de la grossesse divisé en 2 parties nettement distinctes :

Le corps.

Le col.

Mais lorsqu'on mesure la distance qui s'étend sur la coupe de l'orifice externe à *l'orifice supérieur* du canal cervical on ne trouve plus comme avant le début du travail de 3 à 5 centimètres mais seulement 1 cent., 1 cent. 1/2, par exemple.

En examinant de plus près on ne tarde pas à s'apercevoir que cet *orifice supérieur* du canal cervical n'est pas l'orifice interne du col, mais une disposition transitoire. C'est à lui qu'on peut donner le nom de *pseudo-orifice interne.*

Le *vrai orifice interne* du col, *déjà effacé*, confondu avec la paroi du segment inférieur, ne peut plus être reconnu que grâce à la persistance des caractères de la muqueuse cervicale qu'on retrouve tapissant la partie du segment inférieur qui entoure le pseudo-orifice interne dans un rayon de 2 à 3 centimètres.

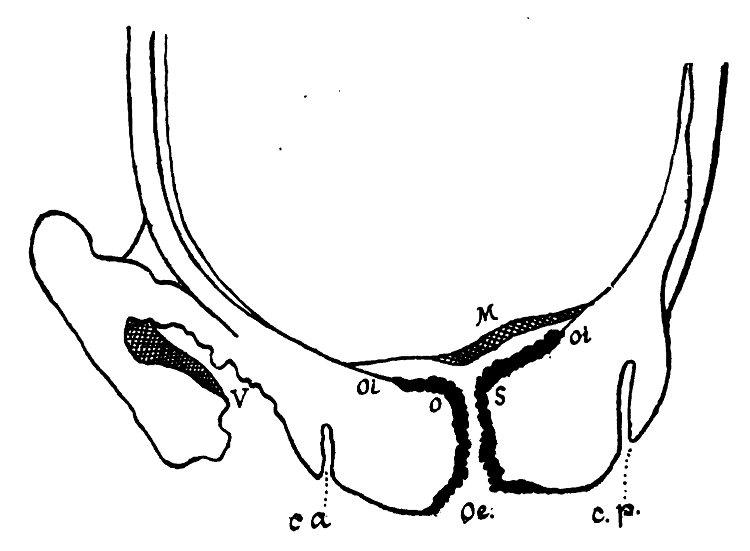


FIG. 7 (d'après la figure 35, planche XXXIII de l'atlas de W.-A. FREUND).

Coupe verticale du segment inférieur et du col de l'utérus d'une multipare morte au 9e mois de la grossesse de pneumothorax tuberculeux. — Présentation du sommet, tête profondément engagée. ***Début de travail.*** **— Longueur totale de l'utérus, 24 centimètres. — Epaisseur de la paroi : a, au niveau du fond : 3 à 4mm. ; b, au niveau des parois antérieure et postérieure, 7 à 8mm. ; c, au niveau du segment inférieur en arrière, 2mm, en avant, 1mm 1/2. — La portion non effacée du col ne mesure que 1 c. 1/2. (Observation in BAYER, p. 469).**

oi, Orifice interne. — *os*, Orifice supérieur de la portion non effacée du canal cervical. — *oe*, Orifice externe. — *m*, Membrane. — *ca*, Cul-de-sac antérieur du vagin. — *cp*, Cul-de-sac postérieur. — *v*, Vessie.

Si en bas le segment inférieur ne se distingue plus sans examen minutieux de la portion déjà épanouie du col, sa limite supérieure s'accuse par contre dans un certain nombre de cas plus nettement que sur l'utérus gravide.

Le changement d'épaisseur au niveau de la ligne d'adhérence du péritoine, située en ligne droite à 10 centimètres environ de l'orifice externe du col, est alors brusque et marqué par un anneau plus ou moins saillant à l'intérieur de l'utérus (*anneau de Bandl, anneau de contraction de Schröder*).

Cette sorte d'anneau, figuré pour la première fois par Braune qui l'avait pris pour l'orifice interne du col, était connu depuis longtemps des cliniciens et Baudelocque le décrivait déjà au chapitre où il traite du « Mécanisme de la formation du chaton qui renferme le placenta ».

« Les fibres de la matrice sont tellement disposées, que sa cavité en se resserrant conserve toujours la forme du corps qu'elle renferme. Avant l'écoulement des eaux de l'amnios, cette cavité a une sorte de régularité qu'elle perd en général d'autant plus que l'enfant y séjourne plus de temps après l'évacuation complète de ce liquide.

« Alors elle se resserre davantage à l'endroit du col de cet enfant que sur la tête et le tronc qui offrent plus de volume ; *elle prend la forme d'une grosse courge ou calebasse à 2 ventres, comme on l'observe toutes les fois qu'on est obligé de retourner l'enfant longtemps après l'évacuation des eaux, surtout lorsqu'il présente la tête* » (t. I, p. 418, paragr. 968).

Baudelocque avait d'ailleurs fait à ce propos la même confusion que Braune car il écrivait à la suite :

« Le cercle utérin appliqué sur le col de cet enfant, d'après les lois générales de la contraction de la matrice sur elle-même, doit se rétrécir beaucoup plus vite, l'accouchement étant terminé, que ne le font proportionnellement les autres cercles dont se compose toute la cavité ; parce qu'il est déjà plus étroit, que sa dilatation forcée à l'instant de la sortie du tronc de l'enfant n'a été que momentanée, et que d'ailleurs *il a plus de tendance à se resserrer que n'en ont les autres cercles, étant celui qui constitue l'orifice interne de la matrice dans l'état habituel.* »

Depuis Braune le *cercle de Baudelocque* a reçu des noms très différents, suivant l'idée très vague d'ailleurs que les auteurs se sont faite de sa nature :

Anneau de Bandl, anneau de contraction de Schröder, stricture du détroit supérieur de Lahs, orifice mécanique ou clinique de Ebell, anneau de rétraction de Lüsk.

Cet anneau de contraction ne se rencontre pas toujours aussi nettement que dans le cas de Braune. Il parait devenir d'autant plus marqué que le travail approche davantage de la terminaison. Par rapport aux organes avoisinant l'utérus il peut se trouver en des points très variables, par exemple au-dessus ou au-dessous du détroit supérieur qui n'a par conséquent pas sur sa production l'influence que lui accorde Lahs. Mais par rapport au péritoine il se trouve toujours au même niveau ; là où la séreuse devient solidement adhérente à la fibre utérine.

Il est même très vraisemblable que c'est en partie à la disposition de la séreuse en ce point qu'il doit sa formation. Alors même qu'à l'autopsie il ne se montre pas nettement à l'œil, le doigt promené à la surface interne de l'utérus sent en ce point, principalement en avant, une sorte de ressaut semblable à celui que donnerait un tube de caoutchouc mince entourant l'utérus à ce niveau. Si à l'aide d'un bistouri on dissèque la séreuse au-dessus de son point d'adhérence de façon à détruire la sorte de bride qu'elle forme en ce point la sensation d'anneau précédemment décrite disparaît.

C'est ce que nous montrait encore tout récemment M. Pinard à l'autopsie d'une femme apportée mourante à la Clinique d'accouchements et qui, arrivée au terme de sa grossesse, avait depuis plusieurs jours des hémorrhagies dues à une insertion *partielle* du placenta sur le segment inférieur.

Au-dessous de l'anneau de Bandl la paroi du segment inférieur très amincie est tapissée par la caduque jusqu'au niveau du point *Oi* où nous avons vu cesser la muqueuse cervicale (fig. 7). C'est-à-dire qu'à ne considérer que le revêtement muqueux, au segment inférieur d'origine utérine mécaniquement formé pendant la grossesse, est venue s'ajouter une portion *Oio*, *Ois* cervicale d'origine mécaniquement formée pendant le travail.

Tout le monde aujourd'hui est d'accord sur ce point : *la présence de la muqueuse cervicale sur le segment inférieur*, même pour les derniers défenseurs de la théorie de Bandl, *implique* qu'il y a eu début de travail.

D'ailleurs lorsqu'on étudie la paroi du segment inférieur de cet utérus parturient sur une coupe faite à la façon de Ruge et d'Hofmeier on y retrouve sur la région tapissée par la caduque la

texture du corps utérin, et sur toute la région correspondant à la muqueuse cervicale la texture du col.

Encore quelques contractions et le fameux *canal cervico-utérin de Braune* sera complètement formé par suite de l'ouverture, de l'évasement, de l'effacement du petit moignon de col qui restait encore.

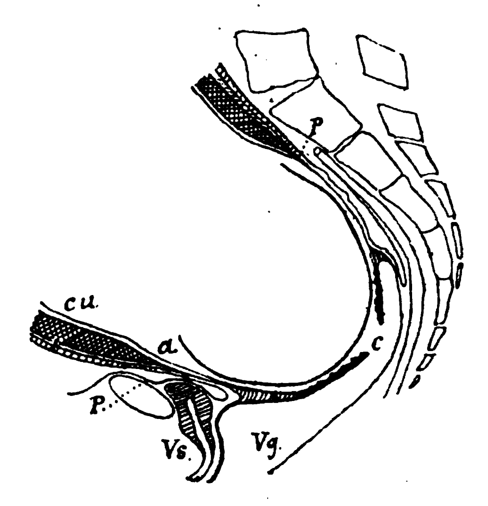


FIG. 8 (d'après BANDL).

cu, Corps de l'utérus. — *a*, Anneau de Bandl, limite supérieure du segment inférieur. — *c*, Orifice externe. — *PP'* Limite de l'adhérence du péritoine. La muqueuse cervicale s'arrête à mi-chemin environ entre l'anneau de Bandl et l'orifice externe.

Au lieu de 3 orifices qu'il avait encore tout à l'heure (anneau de Bandl, pseudo-orifice interne, orifice externe) le canal cervico-utérin n'en a plus que deux (anneau de Bandl, orifice externe). La muqueuse cervicale complètement étalée tapisse toute la portion du canal cervico-utérin qui entoure l'orifice externe dans un rayon de 3 à 5 centimètres.

Le segment inférieur ainsi agrandi par l'adjonction du col a la forme d'une calotte percée d'un trou plus ou moins central ; l'orifice externe non dilaté, lenticulaire.

Que faut-il maintenant pour que le canal cervico-utérin se continue à plein canal avec la cavité vaginale, c'est-à-dire pour que

l'orifice externe ait les mêmes dimensions que l'anneau de Bandl? (soit 10 centimètres environ).

Il faut que les parois du segment inférieur s'effacent sous la poussée de la tête jusqu'à ce qu'elles soient avec les bords de l'orifice accolées aux parois de l'excavation.

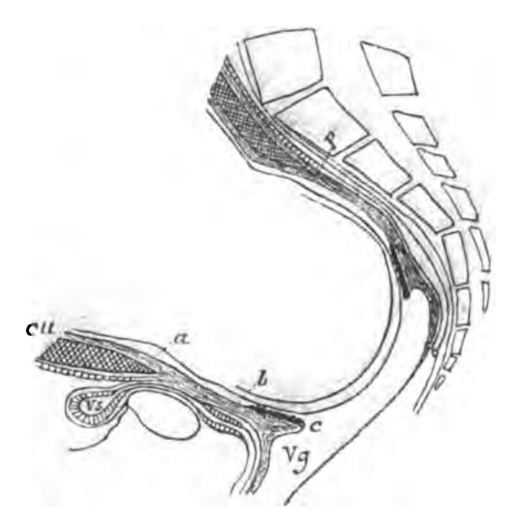


FIG. 9 (d'après BANDL).

cu, Corps de l'utérus. — *a*, Anneau de Bandl (orifice interne de Braune). — *b*, Orifice interne du col. — *c*, Orifice externe presque complètement dilaté. — *ac*, Canal cervico-utérin formé du segment inférieur (*ab*) et du col (*bc*).

La dilatation de l'orifice externe et l'ouverture du canal cervico-utérin devant la région fœtale sont alors complets et nous avons les dispositions figurées schématiquement par Bandl et d'après nature par Braune et Chiari (fig. 10).

La coupe suivante (fig. 11) dessinée d'après Hofmeier montre bien que le canal cervico-utérin est formé :

1° Du segment inférieur de l'utérus gravide développé aux dépens du corps.

2° Du col resté intact jusqu'à la fin de la grossesse et ouvert, évasé, effacé par le travail.

Il suffit de rapprocher cette figure de la planche de Braune pour comprendre l'énormité de l'erreur de ce dernier auteur, erreur

qui a été le point de départ de la théorie de Bandl et des discussions interminables de ces 20 dernières années.

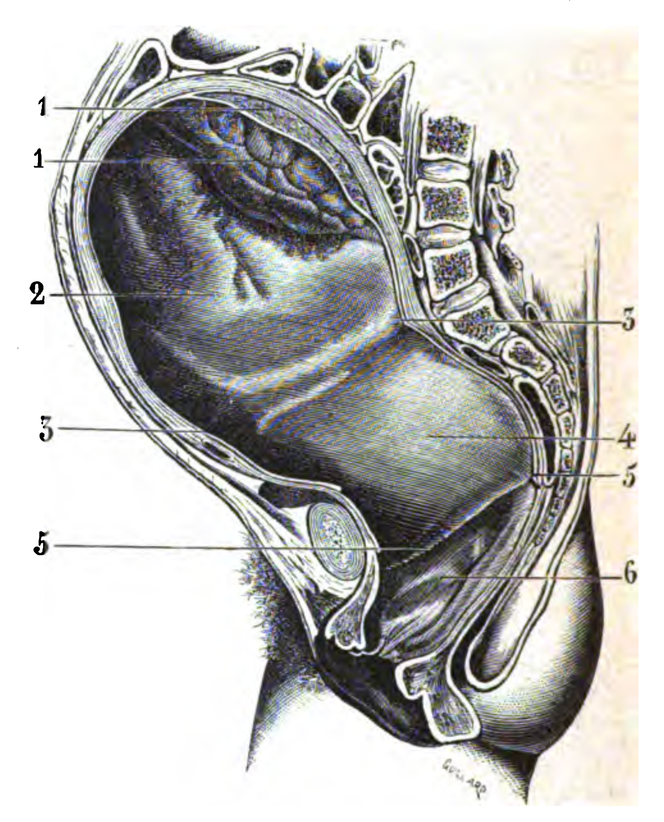


Fig. 10. — Coupe, après congélation, d'une femme morte pendant le travail. La tête est au couronnement. — Dilatation complète. D'après Braune.

1. Placenta. — 2. Cavité du corps de l'utérus. — 3. Orifice interne de Braune (anneau de Bandl). — 4. Canal dit *cervico-utérin* de Braune logeant la tête du fœtus. — 5. Orifice externe complètement dilaté. — 6. Vagin.

Braune considérait en effet comme représentant l'orifice interne du col l'anneau qu'on voit à environ 11 centimètres de l'orifice externe.

Les recherches de P. Müller (1868) ayant montré qu'habituellement le col reste intact jusqu'au début du travail sous forme d'un

canal long (*au toucher*) de 2 à 3 centimètres il fallait nécessairement pour mettre d'accord Müller et Braune admettre que pendant le travail le col s'allongeait démesurément.



Fig. 11 (réduction d'une planche grandeur nature de l'atlas de Schröder et Stratz).

Elle représente une coupe médiane faite, après 48 heures de congélation, d'une multipare morte *pendant le travail.* — Tête profondément engagée. Poche des eaux intacte.

1. Orifice externe. — 2. Orifice interne, limite de la muqueuse cervicale. — 3. Anneau de Bandl, limite supérieure du segment inférieur. — *Pu,* Pubis. — *Ves,* Vessie. — *u,* Urèthre. — *Cl,* Clitoris. — *Vag,* Vagin. — *R,* Rectum. — *A,* Anus.

De l'orifice externe à l'anneau de Bandl en avant 9 cent. 7 millim., en arrière 9 cent.

C'est ce qu'admirent successivement Duncan, Schröder et Bandl.

« L'état du col pendant l'accouchement, écrivait Duncan en 1873, a été magnifiquement dessiné dans le supplément de l'Atlas d'ana-

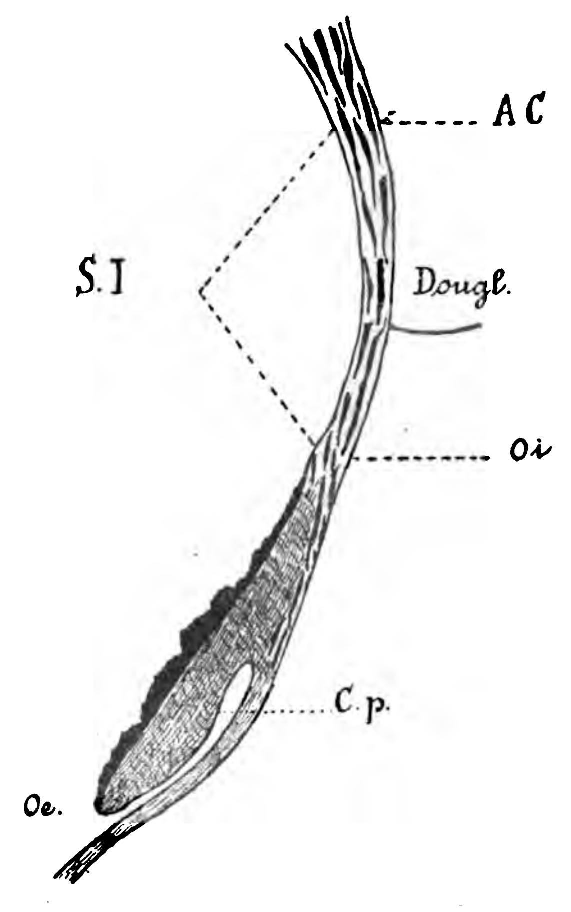


FIG. 12 (coupe grandeur naturelle de la lèvre postérieure du col et de la paroi postérieure du segment inférieur de la figure précédente. D'après HOFMEIER).

Oc, Orifice externe. — *Oi*, Orifice interne. — *AC*, Anneau de Bandl. — *SI*. Segment inférieur aminci tapissé par la caduque et dont la paroi offre la même structure que le corps proprement dit. — De *Oi* à *Oe*, Muqueuse cervicale. — *Dougl*, Cul-de-sac de Douglas. — *Cp*, Cul-de-sac postérieur du vagin.

tomie topographique du Dr Braune, de Leipzig. On voit un cas représenté dans lequel l'utérus est encore distendu par le corps du fœtus, alors que la tête est dans l'excavation pelvienne. Dans ce cas, tandis que le corps de l'utérus a des parois épaissies et a diminué de longueur au point de n'offrir plus que la moitié de sa longueur primitive ou un peu plus de 16 centim. 5, le col est au contraire aminci, dilaté, allongé ; sa longueur est double de celle qu'il avait avant le travail ; elle est d'environ 10 centim » (1).

Bandl raconte (page 12 de son mémoire) que pendant un certain temps il crut que le col des femmes enceintes, en s'allongeant pendant l'accouchement, devenait ce que montre la figure de Braune.

Les auteurs qui ont emprunté et reproduit cette figure, ont, nous dit-il, illustré cette méprise d'une façon éclatante. Ainsi Schröder, dans son livre publié en 1874, donne aux pages 72, 73, 102 et 103

(1) On peut, à titre d'exception, observer dans certains cas déterminés une élongation du col de l'utérus sous l'influence du travail de l'accouchement. Cette élongation (qu'il ne faut pas confondre avec l'abaissement de l'utérus en totalité) porte surtout sur la portion vaginale du col et d'une façon inégale sur les deux lèvres. Elle se rencontre le plus souvent sur la lèvre antérieure. Lorsque la tête, transversalement placée au détroit supérieur rétréci, cherche à engager sa bosse pariétale antérieure, la lèvre antérieure du col supporte de ce chef contre la face postérieure de la symphyse pubienne une pression énergique ; on voit assez souvent dans ces cas la lèvre antérieure s'allonger comme s'allonge un morceau de pâte sous la pression du rouleau. Il semblerait que cette élongation dût s'accompagner d'amincissement et, tout au contraire, la lèvre antérieure s'épaissit le plus ordinairement. Ce fait s'explique aisément, car la pression que subit le col entre la tête et la symphyse gêne la circulation en retour et détermine un œdème parfois considérable. M. Pinard nous a fait constater bien des fois cette élongation œdémateuse de la lèvre antérieure dans les positions occipito-postérieures. La pathogénie est la même que dans le cas précédent. Dans les occipito-postérieures la tête est mal fléchie (Tarnier). Au lieu du diamètre sous-occipito bregmatique c'est un diamètre voisin de l'occipito frontal qui sollicite le diamètre oblique du détroit supérieur. L'extrémité frontale de cette tige trop longue comprime, étire et œdématie la lèvre antérieure du col contre la paroi de l'excavation.

Mais encore une fois, il s'agit là de cas dystociques, et normalement l'élongation du col du simple au double, telle que la décrit Duncan, n'existe pas.

une coupe schématique d'une primipare et d'une multipare arrivées à un degré avancé de grossesse avec un col de 3 centim. et le texte dit que pendant l'accouchement ce col de 3 centim. se transforme en celui que montre la planche de Braune reproduite aux pages 140 et 141.

Mais Bandl s'aperçut bientôt (surtout après avoir examiné des utérus après l'accouchement) que le col tel que l'avait décrit Müller et tel qu'il avait pu le rencontrer lui-même sur un millier de femmes ne formait qu'une partie du canal cervico-utérin de Braune.

Et c'est alors que pour mettre d'accord Braune et Müller il pensa et chercha à prouver qu'une partie du col devait pendant la grossesse contribuer à former le canal de Braune dont la plus grande partie était déjà à la fin de la gestation remplie par l'œuf.

« Le col tel qu'il est figuré dans la planche de Braune, disait-il, c'est pour moi le segment inférieur de l'utérus des anciens, plus le col de Müller effacé par le travail. »

Nous avons vu dans la première partie de cette revue que le col de Müller était bien le col entier. Nous ne pouvons donc que souscrire à cette dernière proposition de Bandl.

D'ailleurs l'autopsie faite par Chiari d'une primipare de 29 ans morte de tuberculose à la même période du travail que le sujet de Braune montre (examen histologique) que l'orifice interne n'est pas là où Braune l'a figuré, mais bien au-dessous, là où cesse la caduque et où commence la muqueuse cervicale (à mi-chemin environ entre l'orifice externe et l'orifice interne de Braune).

Sous quelle influence se font :

1° L'effacement du col.

2° L'ouverture du canal cervico-utérin et la dilatation de l'orifice.

Ici plusieurs théories sont en présence.

1° L'effacement du col et la dilatation de l'orifice sont le résultat des tiraillements exercés sur les fibres circulaires du col par les fibres longitudinales et obliques du corps.

« Les fibres du corps et du fond peuvent être, dit Hubert, comparées à des arcs de cercle qui viennent se continuer par leurs extrémités avec les fibres circulaires du col, et comme la cavité utérine, occupée par l'œuf, est renflée à sa partie moyenne, ce tiraillement s'exerce en haut et en dehors et tend par conséquent

à agrandir l'orifice utérin. Un exemple familier montrera mieux notre pensée. Supposez une de ces grosses balles en gomme élastique, contenue dans une espèce d'enveloppe qui n'offre qu'une ouverture circulaire comme on en trouve chez tous les marchands de jouets d'enfants, supposez en outre qu'au point opposé à son ouverture ou torde le sac d'enveloppe de manière à diminuer de plus en plus sa capacité : il est évident que l'ouverture sera tiraillée dans tous les sens et qu'elle tendra à s'élargir à mesure que l'on rétrécira le sac par son pôle opposé. »

2° L'effacement du col et la dilatation de l'orifice sont un phénomène purement mécanique. La poche des eaux d'abord, la partie fœtale qui se présente ensuite poussées par les contractions du corps et du fond, agissent à la manière de coins sur le segment inférieur, sur le col et sur l'orifice qui restent passifs.

3° Pour la plupart des classiques il y a du vrai dans les deux théories précédentes.

« Les tiraillements que les fibres longitudinales et obliques du corps de l'utérus exercent sur les fibres circulaires du col ont une certaine part dans cette dilatation ; mais il faut aussi faire entrer en ligne de compte l'action de la poche des eaux, c'est-à-dire la saillie que fait la partie inférieure de l'œuf distendue par le liquide amniotique. Cette poche agit de deux façons : soit à la manière d'un coin, c'est-à-dire en pénétrant à travers l'orifice et en écartant directement ses bords qu'elle parvient à dilater, soit en irritant les nerfs du col et en déterminant par voie réflexe la contraction des fibres musculaires du corps de l'utérus. Après la rupture des membranes la partie fœtale qui se présente agit de la même façon que la poche des eaux » (Tarnier et Chantreuil).

Pour l'école allemande en général et Hofmeier en particulier la seconde théorie serait seule bonne.

Tout d'abord il est, dit Hofmeier, un fait évident, c'est que pour que l'accouchement puisse se faire il faut que le segment inférieur de l'utérus, qui doit être si largement distendu pour laisser passer l'œuf et le fœtus, ne se contracte pas comme le corps proprement dit.

C'est en effet ce que, d'après lui, on peut constater par le toucher intra-utérin pratiqué pendant le travail au moment des contractions. On rencontrerait toujours une partie très contractée (corps proprement dit) nettement limitée en bas par l'anneau de Bandl, et

une tout à fait lâche située immédiatement au-dessous (segment inférieur et col).

S'il est difficile de s'assurer de ce fait lorsque la poche des eaux est encore intacte, parce qu'on ne peut distinguer d'une contraction véritable la tension produite sur le segment inférieur par la tension de la poche des eaux, il en est tout autrement quand, au moment de la rupture des membranes, la partie fœtale qui se présente n'est pas en état de remplir le segment inférieur (présentation de l'épaule, rétrécissement du bassin).

Si à ce moment précis on est entrain de pratiquer le toucher on sent (bien que la contraction utérine dure encore) se relâcher subitement le segment inférieur, encore très tendu il n'y a qu'un instant, jusqu'à l'anneau de contraction.

Dans certains cas (présentation de l'épaule, tétanisme utérin), cet anneau peut se resserrer au point d'empêcher le passage de la main dans la cavité utérine comme l'avait bien vu Baudelocque.

A l'appui de la théorie de la passivité du col et du segment inférieur, Hofmeier rapporte l'observation suivante choisie entre cent.

Une multipare ayant un rétrécissement du bassin était en travail depuis plusieurs heures déjà. La tête était au-dessus du détroit supérieur. L'orifice externe était largement perméable ; le col pendait lâche dans le vagin. Poche en boudin, flasque.

Il était impossible de reconnaître, dans l'intervalle des contractions, la limite du col qui se perdait sans ligne de démarcation dans le segment inférieur flasque aussi. En pénétrant plus avant on arrivait, à trois travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse, à l'anneau de contraction faiblement tendu.

Dès qu'une contraction survenait, on la sentait se traduire par une augmentation de tension de l'anneau de Bandl, avant qu'on pût la percevoir par le palper.

Pendant que la poche des eaux se tendait le segment inférieur se tendait aussi, et on sentait alors l'orifice interne formant un second anneau distinct situé au-dessous du premier à 4 centimètres de l'orifice externe.

Au-dessous le col restait tout à fait lâche.

Lorsque la contraction cessait on sentait disparaître d'abord l'orifice interne, puis la tension de la poche et celle du segment inférieur ; mais l'anneau de contraction restait encore très distinct

à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'orifice interne (soit 10 centimètres environ au-dessus de l'orifice externe).

De cette observation, et d'un grand nombre d'autres en tout semblables, Hofmeier conclut que le segment inférieur comme le col reste complètement passif pendant l'accouchement et dès le début du travail. Seules les zones supérieure et moyenne se contractent pour expulser le fœtus.

Il conteste la possibilité d'une contraction spasmodique de l'orifice interne, au niveau duquel on ne peut rien trouver qui rappelle le muscle sphincter uteri de Henle, Kölliker et Müller. De même au niveau de l'orifice externe il n'admet que des rétrécissements fibreux à vaincre par l'instrument tranchant et non par les antispasmodiques.

Toutefois Hofmeier ne peut expliquer cette passivité, cette absence complète de contractilité du segment inférieur, ni par l'innervation qu'on connait très peu malgré les recherches de Frankenhäuser, ni par la structure.

Bandl, qui admettait la formation du segment inférieur aux dépens du col, trouvait toutes naturelles ces différences entre le segment inférieur qui se laisse pousser et le corps utérin qui pousse. Pour lui en effet la musculature du corps utérin cessait à l'union du segment inférieur et du corps proprement dit.

Mais nous avons vu que les recherches modernes avaient démontré l'inexactitude de la théorie de Bandl.

Pour Ruge le segment inférieur serait constitué par des fibres longitudinales se dirigeant un peu de dehors en dedans, du point d'adhérence du péritoine vers l'orifice interne. La contraction de ces fibres longitudinales tendrait nécessairement à ouvrir le col.

Mais Hofmeier, en étudiant la paroi du segment inférieur sur des coupes longitudinales et sur des coupes transversales, a trouvé que le segment inférieur est, comme le corps proprement dit, formé de fibres musculaires se croisant dans toutes les directions. Dès lors le segment inférieur devrait se contracter comme le reste de l'utérus et s'opposer plutôt que concourir à l'effacement du col et à la dilatation de l'orifice (contre-pression).

Que le col reste lâche, passif, on peut, dit-il, le comprendre aisément puisqu'il est composé en grande partie d'éléments conjonctifs. Mais le segment inférieur exclusivement musculaire?

On pourrait à la rigueur admettre que les éléments musculaires

moins nombreux du segment inférieur cèdent à l'action de la masse musculaire du corps ; que la contre-pression du segment inférieur est vaincue par la pression des zones supérieure et moyenne (Lahs), que la trop grande tension que subit le segment inférieur finit par le paralyser.

Mais alors, remarque Hofmeier, il faudrait qu'on rencontrât à une certaine période du travail, à côté de la partie supérieure de l'utérus fortement contracté, une partie moins contractée (segment inférieur). Or on rencontre toujours, d'après lui, une partie très contractée nettement limitée par l'anneau de Bandl et une *tout à fait lâche* située immédiatement au-dessous : segment inférieur et col.

La passivité du segment inférieur et du col telle que la comprend Hofmeier ne saurait, d'après M. Pinard, être admise sans discussion.

Si véritablement il suffisait, pour produire l'effacement du segment inférieur et du col et l'ouverture de l'orifice supposés passifs dès le début du travail, de l'action du coin que forme la partie fœtale lorsque la poche des eaux n'existe plus, on devrait pouvoir obtenir d'excellents résultats des applications de forceps faites avant la dilatation complète de l'orifice utérin.

Le forceps agirait alors sur l'orifice externe du col, comme il agit lorsqu'on l'emploie pour triompher de la résistance opposée par la boutonnière coccy-pubienne du releveur ou par l'orifice vulvo-vaginal, dans les cas où la vis a tergo est insuffisante.

En quelques secondes la résistance de ces deux détroits est vaincue.

Or il est impossible de triompher par le même moyen de la résistance opposée par un orifice incomplètement dilaté et *non dilatable*. Dubois, après avoir essayé dans ces cas un forceps à cuillers très étroites, jura bien qu'on ne l'y prendrait plus ; et il n'est pas d'accoucheur qui n'ait éprouvé la résistance, autrement que passive, du segment inférieur et de l'orifice externe dans certains cas où ce dernier avait été à tort jugé dilatable.

Qui n'a vu, dans la présentation du siège, l'orifice externe insuffisamment dilaté ou dilatable revenir après l'expulsion du tronc, sur le cou du fœtus et rendre l'extraction extrêmement pénible, parfois même impossible ?

Comment accorder ces faits avec la passivité du segment infé-

rieur et du col qu'Hofmeier dit exister dès le début de l'accouchement ?

Comment accorder d'autre part cette passivité avec cet autre fait dès longtemps observé : le resserrement, le durcissement, la contraction pour tout dire de l'orifice externe pendant les premiers stades du travail.

La distinction entre la contraction et la tension du segment inférieur et du col sous l'action de la poche des eaux n'est pas aussi difficile à faire que le dit Hofmeier.

Supposez le cas suivant : Tête mobile au détroit supérieur, poche des eaux volumineuse, flasque en dehors de la contraction. Dilatation entre cinq francs et la paume de la main.

Dans l'intervalle d'une contraction rien n'est facile comme d'introduire toute la main dans le vagin, puis l'extrémité des doigts écartés dans l'orifice jusque près de l'anneau de Bandl, entre les membranes et la paroi du segment inférieur.

Ecartez légèrement les doigts ; l'orifice et le segment inférieur mous et flasques entourent leur face dorsale ; leur face palmaire entoure la poche des eaux. Survienne une contraction. Bien avant que la tension de la poche soit suffisante pour faire effort contre vos doigts, ceux-ci vous procureront la sensasion nette du durcissement, de la contraction du segment inférieur et de l'orifice.

Dans certains cas il est vrai le col et le segment inférieur paraissent tout à fait flasques au-dessous d'une tête arrêtée et fixée au détroit supérieur.

Mais ce fait peut s'expliquer par la pression considérable qu'exerce la tête sur la paroi utérine au niveau de l'entrée du bassin. Cette pression coupe l'onde musculaire qui normalement s'étend jusqu'à l'orifice.

De telle sorte que, rejetant cette passivité du segment inférieur et du col dès le début de l'accouchement, nous pouvons comprendre le phénomène de la dilatation de la façon suivante :

La dilatation de l'orifice utérin est le résultat d'une lutte qui s'établit entre la musculature énergique des zones moyenne et supérieure de l'utérus d'une part, et la musculature faible du segment inférieur et du col de l'autre.

Au début, le col et le segment inférieur, se contractant comme le reste, résistent à la pression qu'exercent sur eux les zones moyenne et supérieure par l'intermédiaire du coin fœtal. C'est la période à

laquelle l'orifice se resserre au début de la contraction. Peu à peu l'action prédominante des zones supérieure et moyenne s'accuse. L'orifice ne se rétrécit plus mais il n'est pas dilatable. Sa résistance n'est pas encore complètement vaincue. On essaierait en vain de le forcer sans déchirure.

Enfin les zones supérieure et moyenne triomphent de la résistance du segment inférieur et du col qui deviennent passifs.

L'orifice est *dilatable*. Le segment inférieur et le col sont *paralysés*.

Si le coin fœtal est là, l'orifice va s'ouvrir et rapidement. On a remarqué, depuis longtemps, qu'il fallait bien plus de temps pour amener la dilatation jusqu'à 5 francs que pour la porter de 5 francs à la dilatation complète.

Si le coin n'agit pas pour dilater l'orifice le forceps va pouvoir le remplacer avec avantage.

C'est à partir de ce moment seulement que l'utérus va être divisé en 2 portions :

L'une qui pousse.

L'autre qui se laisse pousser.

L'une contractile et énergiquement contractile (fond et corps).

L'autre flasque et paralysée (segment inférieur et col).

La clinique fournit quantité de preuves à l'appui de cette interprétation.

Plus la contraction est puissante et fréquente, plus la dilatation est rapide.

Plus la puissance musculaire du corps et du fond sera considérable, par rapport à celle du segment inférieur, plus la résistance de celui-ci sera tôt vaincue, plus par conséquent la dilatation marchera vite.

Supposez par contre une distension considérable de l'utérus amincissant aussi bien le corps et le fond que le segment inférieur (hydropisie de l'amnios, grossesse gémellaire), la dilatation sera lente, malgré qu'il y ait une poche des eaux volumineuse appuyant bien sur le segment inférieur.

Mais la contraction forte et fréquente ne fera une dilatation rapide que si la poche ou la partie fœtale agissent bien comme coins.

La contraction aura beau être puissante, la dilatation sera lente encore si la région fœtale est irrégulière et molle (siège, épaule);

si la région fœtale bien qu'étant régulière vient buter sur le bassin avant d'appuyer sur le segment inférieur (rétrécissement du bassin, déflexion des postérieures). Si la région fœtale étant régulière, agit irrégulièrement sur le segment inférieur, soit parce qu'elle est inclinée, soit parce que l'orifice appuie sur le sacrum ou contre le pubis (dilatation sacciforme).

. Un fait reste néanmoins acquis, c'est cette distinction (sinon absolue au moins relative, sinon précoce au moins ultime) de l'utérus parturient en 2 portions:

L'une très active (fond et corps proprement dit).

L'autre passive (segment inférieur et col).

Cette distinction avait été bien vue déjà par Bandl qui en avait fait le point de départ de sa théorie des ruptures utérines, commençant presque toutes au niveau du segment inférieur, après surdistension et amincissement anormal de cette région de l'utérus située entre l'anneau de contraction et l'orifice externe.

Tandis qu'à l'état normal, pendant la contraction, le fond et le corps de l'utérus s'épaississent, le segment inférieur est distendu et aminci par l'œuf. Tant qu'il n'existe pas d'obstacle à la progression du fœtus, la force déployée par la partie contractile de l'organe est employée à ouvrir la porte, à convertir la cavité utérine et le vagin en un canal continu. Dans ces cas l'anneau de contraction se trouve dans le voisinage du détroit supérieur (voyez la planche de Schröder et Stratz).

Mais si la descente du fœtus est empêchée par une cause quelconque, la résistance des ligaments qui amarrent l'utérus est à un certain moment vaincue par la rétraction du corps et du fond, et on voit l'anneau de contraction remonter et le segment inférieur s'amincir démesurément. Si bien que, par le palper, il est parfois possible de sentir l'anneau de contraction dans le voisinage de l'ombilic.

La tension est portée à son maximum au niveau de la partie supérieure du segment inférieur tandis qu'elle diminue progressivement jusqu'à la portion vaginale du col qui reste flasque.

Sous l'influence de la poussée qu'il subit de la part de la partie fœtale le segment inférieur est aminci au point de ne plus former qu'une membrane mince comme une feuille de papier. Tout est préparé pour la rupture.

Chaque nouvelle contraction qui survient augmente la pression

supportée par le segment inférieur énormément distendu. Graduellement le tissu aminci cède et enfin il y a *éclatement* du segment inférieur.

Dans certains cas les désordres s'arrêtent là. Le fœtus ne passe pas au travers de l'ouverture que limite en haut l'anneau de Bandl. Le péritoine lâchement uni au segment inférieur, se laisse décoller et écarter facilement sans se déchirer. Il limite une loge extra-utérine, sans communication avec la grande cavité péritonéale, dans laquelle se fait un hématome plus ou moins considérable. On comprend que dans ces conditions un traitement bien conduit (antisepsie et drainage, irrigation continue) puisse procurer la guérison si la femme ne succombe pas au choc ou à l'hémorrhagie.

D'autres fois la déchirure s'étend sous l'influence de contractions nouvelles. Elle gagne le corps. Le fœtus est « forcé » en totalité ou en partie au travers de la rupture. Le péritoine éclate à son tour. Le fœtus et les annexes passent dans la cavité péritonéale. L'utérus vidé se rétracte comme après l'expulsion normale du fœtus. Les douleurs s'arrêtent ; il y a rétrocession du travail. Ce sont des cas plus justiciables de la laparotomie que de l'extraction par les voies naturelles et du traitement précédent.

Il nous resterait encore, pour en avoir fini avec le col et le segment inférieur pendant le travail, à étudier quelques points se rattachant à la délivrance. Mais le lecteur verra bientôt qu'ils sont mieux à leur place dans le chapitre suivant. *(A suivre.)*

H. VARNIER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

21 *octobre* 1887.

M. MONPROFIT a recueilli un **sarcome ovarique** sur une femme de 50 ans morte quelques heures après son entrée dans le service de M. Tillaux. Les deux ovaires sont envahis à droite, la tumeur est développée dans la cavité péritonéale et a le ligament large comme pédicule. A gauche, elle est développée entre les feuillets

du ligament large et est aisément énucléable. L'examen histologique a été pratiqué.

M. Reboul montre un **spina bifida** opéré par incision (mort). Le sujet avait aussi une fistule ano-coccygienne.

Séance du 28 octobre.

M. Méry présente un utérus porteur d'un **polype fibrineux** qu'il attribue à un reste de placenta suite d'un avortement et il en fait la porte d'entrée d'une *infection septicémique* à laquelle la malade a succombé.

M. Cornil ne croit pas qu'il s'agisse là d'un polype placentaire. Une grippe avec broncho-pneumonie infectieuse expliquerait tout aussi bien la mort.

M. Netter a observé une septicémie nettement consécutive à un avortement méconnu. Les streptocoques de la suppuration existaient dans le placenta retenu et dans les plèvres ; le péritoine était indemne. Pendant la vie, des souffles cardiaques avaient fait penser, peut-être, à une endocardite devenue ulcéreuse : or il n'existait que des lésions valvulaires anciennes. Mais les reins étaient infiltrés de pus : n'aurait-on pas pu, pendant la vie, en faire sourdre et éclairer ainsi le diagnostic ?

M. Chartier montre un kyste, à trois loges, venant de la trompe de Fallope : ce kyste s'est rompu et la malade est morte d'**hémorrhagie intra-péritonéale**. Mais est-ce un kyste hématique ou une grossesse extra-utérine avec résorption de l'embryon ? M. Cornil pencherait vers cette deuxième hypothèse, mais il ne croit pas qu'une affirmation quelconque soit possible.

M. Regnault présente un **myôme de l'utérus** enlevé au forceps par M. Le Dentu par la voie vaginale. L'opération a été très pénible et la malade a succombé.

M. Verchère insiste sur la facilité qu'eût donnée le morcellement et sur la nécessité de ne pas tirer la tumeur elle-même.

A la séance suivante, M. Hallé relate quatre opérations faites par M. Terrier et par M. Richelot et dans lesquelles cette méthode a permis d'enlever avec succès des myomes, dont deux certainement aussi volumineux que celui que présentait M. Regnault.

A. Broca.

60e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS, TENUE A WIESBADEN, 1887.

Section de gynécologie.

BUMM (Wurzbourg). — **Des infections hybrides gonorrhéiques chez la femme.** — On entend par infection hybride, l'introduction de deux espèces d'organismes. Le processus habituel est le suivant. L'une de ces espèces crée dans les organes dont il s'agit un état morbide et ce n'est qu'alors, sur ce terrain ainsi préparé, que la deuxième espèce élit domicile. C'est ainsi qu'un poumon, atteint de pneumonie, est très accessible aux bacilles de la tuberculose et constitue pour eux un terrain de culture de choix. Semblable processus préside aux infections gonorrhéiques des organes génitaux de la femme. Ainsi, les bartholinites communes ne sont pas sous la dépendance immédiate des gonococcus. Ce sont des micro-organismes venus lorsque les glandes étaient déjà le siège de l'infection gonorrhéique, qui causent la suppuration et donnent lieu à des productions kystiques, à contenu putride. Les petits abcès qu'à la suite de l'infection gonorrhéique, on voit parfois se développer dans les parois de l'urèthre, sont toujours produits directement par les micro-organismes de la suppuration, venus eux-mêmes postérieurement aux gonococcus de la gonorrhée..., etc. De la même manière se produisent les divers processus ayant leur siège dans le parametrium, de même les affections intéressant des articulations éloignées. Il est extrêmement vraisemblable qu'un certain nombre de cas de tuberculoses tubaires, ressortissent à cette infection gonorrhéique hybride.

KRÖNER. — **De la blennorrhée dans les phénomènes de la génération.** — De l'examen de quelques cas, l'auteur conclut que la blennorrhée n'a pas sur les couches prématurées et tardives l'influence étiologique qu'on a voulu lui accorder. Il importe beaucoup, pour l'exacte appréciation de cette influence, d'assurer rigoureusement le diagnostic de l'affection gonorrhéique par la recherche du gonococcus, ou par la constatation d'une ophthalmie spécifique. Il ne faut accepter qu'avec d'égales réserves la prétendue influence étiologique de la gonorrhée dans l'avortement et la stérilité. Et dans ce dernier cas, il convient de rechercher si une affection gonorrhéique n'a pas amené chez l'homme soit l'absence complète, soit la raréfaction des spermatozoïdes dans le sperme.

SÄNGER. — **Procédé nouveau de périnéorrhaphie** (méthode de L. Tait), **par incision de la cloison recto-vaginale et création d'un lambeau.** — Le procédé est applicable contre le prolapsus et les déchirures du périnée. Sänger y a eu recours 17 fois et a obtenu d'excellents résultats, 7 fois pour des prolapsus, plus ou moins marqués, du vagin, de l'utérus et du vagin ; 3 fois pour des déchirures complètes ; 7 fois pour des déchirures incomplètes.

1) *Rupture incomplète du périnée.* — Application dans le rectum d'un tampon de coton. Incision de la cloison recto-vaginale suivant une direction transversale, sur une profondeur de 1, 5 centim. environ et sur une largeur de 3—4 centim. Partant de chaque extrémité de l'incision transversale, et perpendiculaires à cette incision, deux nouvelles incisions aboutissant à peu près aux limites des petites lèvres, de façon à dessiner la figure ci-contre ⊔. Par la dissection du lambeau ainsi limité, qu'on rabat par en haut, on obtient une surface à peu près quadrilatère, qu'on arrondit dans sa portion supérieure. La coaptation est faite transversalement au moyen de l'aiguille de Peaslee et de fils d'argent qu'on fait pénétrer et ressortir exactement aux limites de la plaie et de la peau ; 3 sutures de cette sorte suffisent. Mais entre elles on place plusieurs sutures superficielles qui embrassent la peau. Pansement à l'iodoforme. Enlèvement des sutures superficielles le 7e jour, des profondes le 14e.

2) *Prolapsus accusé du vagin.* — Après exécution de l'amputation de la portion vaginale, de la colporrhaphie antérieure et postérieure, celle-ci n'intéressant pas le périnée, on opère identiquement comme dans le premier cas, seulement on a bien soin de conduire les incisions latérales bien loin en avant, de façon à avoir, la réunion des sutures une fois faite, un orifice vaginal plus étroit, un périnée plus haut et plus étoffé. L'épisio-périnéorrhaphie, sans opérations plastiques simultanées dans le vagin et sur le col, suivant la pratique de Tait, est insuffisante.

3) *Déchirures complètes du périnée.* — En premier lieu, incision transversale de la cloison recto-vaginale, avec le bistouri de préférence. Puis taille d'un lambeau vaginal comme dans le 1er cas. Alors, prolongement en arrière des incisions latérales jusqu'à ce qu'elles atteignent les extrémités du sphincter déchiré. L'incision définitive dessine la figure H. Par la taille des lambeaux, on obtient une surface quadrangulaire dont la réunion est effectuée

comme dans les cas 1 et 2. Pas de sutures vaginales ou rectales. Rien que des sutures périnéales; la production de fistules vésico-vaginales est impossible.

Cette dernière circonstance, la simplicité et la rapidité de l'opération garantissent que ce procédé représente un grand progrès dans la périnéoplastie et le placent en situation très avantageuse vis-à-vis des autres méthodes beaucoup plus compliquées et moins à la portée des praticiens.

Discussion : Hégar, Kaltenbach, Mermann, Veit, Fehling Cohn, Sänger.

Hégar a très vivemené critiqué le procédé de Tait qui, d'après lui, ne pourrait donner des résultats comparables à ceux obtenus avec les opérations anaplastiques, en usage aujourd'hui en Allemagne. D'autres orateurs ont émis l'avis qu'il était préférable, avant de la rejeter formellement, de déterminer, expérimentalement, la valeur réelle de cette opération.

Cohn (Berlin). — **Résultats primitifs et définitifs des opérations de prolapsus.** — Cette communication repose sur 150 observations de prolapsus qui ont été opérés par Schröder du mois d'août 1882 à la fin de février 1887; 88 cas à l'hôpital, 17 cas en ville. Ces prolapsus ont donné lieu à 123 colporrhaphies. Dans tous les cas, on s'est servi de la suture continue au catgut. L'opération faite, on s'efforçait au moyen de l'opium, de maintenir la constipation pendant 12 jours. La réunion par première intention fut obtenue dans 97 cas; dans 27 elle présenta quelques défectuosités qui n'empêchèrent pas la guérison définitive; 2 fois la réunion manqua. Relativement au prolapsus lui-même, le résultat fut mauvais dans 9 cas (8 à l'hôpital, 1 en ville), bon dans 80 (65 à l'hôpital, 15 en ville), moyen dans 9. Les renseignements manquèrent pour 4 cas. Enfin deux fois la mort survint après l'opération; dans un cas par néphrite chronique et asthénie cardiaque; dans l'autre, par épuisement. 60 fois, Cohn put contrôler le résultat définitif et constater que la guérison s'était maintenue seulement dans 34 cas, soit 57 0/0. Chez 23 femmes, le prolapsus s'était reproduit.

L'auteur ne saurait trop vivement conseiller la suture avec le catgut. Elle assure presque absolument la réunion primitive, linéaire de la plaie. La fréquence des récidives doit être surtout attribuée aux conditions défectueuses d'existence dans lesquelles sont souvent les opérées.

Frank (Köln). — **Des opérations contre le prolapsus.** — Voici par quel procédé il a essayé de donner au vagin qui, dans le prolapsus, ne doit pas seulement être soutenu, mais doit aussi fournir un point d'appui à l'utérus, plus de puissance de contention : Incision en fer à cheval au devant de l'anus, séparation, sur toute sa hauteur, de la paroi vaginale des tissus sous-jacents, section d'un lambeau intéressant toute la hauteur de la paroi ; rapprochement, condensation du tissu cellulaire entourant le vagin et le rectum. Alors seulement, application d'une suture vaginale appropriée et restauration du périnée d'après les procédés ordinaires. Depuis l'année 1881, l'auteur n'abrase aucune portion de tissu : il se contente de rétrécir par une suture plongeante au catgut toute la paroi postérieure du vagin, de telle sorte qu'elle arrive à faire, vers l'orifice vaginal une forte saillie dont la crête est constituée par la colonne postérieure. Le principe de l'opération est : *assurer au vagin une connexion étroite avec les organes voisins.*

Les résultats ont été excellents. Jamais de récidives ; pas même chez une femme qui, depuis l'opération, a eu quatre accouchements. (Cent. für Gynäk. Nos 41 et 42.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Présentations : B. Smythe. — **Utérus et ovaires, l'utérus présente une tumeur fibro-kystique.**

A. Lane. — **Des différences qui existent entre le bassin de l'homme et de la femme, causes principales qui les produisent.** — Ces différences ne sont pas le résultat des pressions exercées sur les os inominés par le sacrum et par les fémurs. Elles s'établissent par un mécanisme identique à celui qui produit celles qui existent entre le thorax de l'homme et celui de la femme. Le type thoracique primitif est représenté par le thorax de l'homme. Ce type s'est modifié chez la femme par suite de phénomènes d'accommodation en relation de causalité avec la présence du fœtus pendant les derniers mois de la grossesse. Or, le bassin de la femme est chargé d'une fonction qui lui est propre, *supporter et transmettre la pression produite par le fœtus*, et de même le type pelvien mâle représente le type primitif ; c'est, essentiellement, le fœtus qui, par son poids, empêche le bassin chez la

femme de se développer comme chez l'homme. Les différences se transmettent et s'accentuent avec le temps.

HERMAN. — Sans doute l'hérédité joue un rôle important dans la production et la fixation de ces différences. Mais tout n'est pas dans l'explication précédente. Les femmes à bassin large, bien conformé, sont en état de faire des enfants robustes, capables de survivre et qui héritent de ce type de bassin et le transmettent à leurs descendants. Au contraire, les femmes à bassin mal conformé font des enfants mort-nés, ou petits, en somme mal armés pour l'existence; en sorte que les bassins mal faits ont une tendance naturelle à devenir plus rares. Les seules pressions exercées par le fœtus ne sauraient expliquer les différences dont il s'agit. La tête fœtale ne fait effort sur les os qui limitent l'excavation pelvienne que durant la deuxième période du travail, laquelle en moyenne dure moins de deux heures. Or, si l'on suppose qu'une femme met au monde 10 enfants (chiffre au-dessus de la moyenne acceptée), ce n'est en somme, pour toute la vie, que 20 heures de pression qui, de plus, ne s'exerce que lorsque l'ossification est déjà terminée. Il est impossible d'accorder à une force tellement passagère, tellement intermittente, une semblable influence sur des os résistants et entièrement ossifiés.

PLAYFAIR, GALABIN, DUNCAN, CHAMPNEYS ajoutent quelques remarques. Ils font, en particulier, observer que c'est une erreur de dire que les auteurs attribuent essentiellement les différences de conformation dont il s'agit aux pressions extérieures. Ils accordent au contraire la part étiologique principale aux phénomènes en rapport avec les actes de la génération (changements de volume de la matrice, présence du fœtus *in utero*...).

M. DUNCAN. — **De la contraction tonique de l'utérus sans établissement complet de la rétraction.** — En particulier, immédiatement après la délivrance, l'utérus entre dans un état de contraction tonique, non suivi d'une rétraction complète, bien qu'il ne contienne rien qui soit de nature à empêcher cette rétraction et l'occlusion complète de sa cavité. Cet état, ainsi que le témoignent un certain nombre d'observations dont l'auteur donne connaissance, favorise la production d'hémorrhagies ayant leur origine au point de l'insertion placentaire. La connaissance de ce fait peut expliquer les hémorrhagies qui, d'après certains auteurs, surviennent avec un utérus dur et contracté, tandis que d'autres auteurs nient

la possibilité de la perte de sang en semblable condition. Cet état de contraction tonique, dans lequel la cavité utérine affecte une forme globuleuse, ne doit se rencontrer qu'exceptionnellement avec les utérus non gravides.

Discussion : HERMAN, HORROCKS, GALABIN, CLEVELAND. — Ils citent un certain nombre de faits analogues à ceux communiqués par Duncan. Galabin dit qu'il considère la rétraction comme un phénomène consécutif à la contraction. La contraction, prolongée, constitue un fait anormal qui peut être antagoniste de la rétraction.

J. PHILLIPS. — **Grossesse compliquée par un cancer secondaire du foie.** — La femme, âgée de 40 ans, était mère de 9 enfants. En 1883, elle fut opérée pour un squirrhe du sein droit. Six mois plus tard, à six mois environ de grossesse, elle fut prise de douleurs très violentes dans l'hypochondre droit. Les moyens médicaux ayant échoué contre ces douleurs, on fit l'accouchement prématuré. Accouchement facile. L'utérus évacué, on constata que le foie présentait des nodosités, de mauvaise nature probablement. Il se produisit de l'ictère et de l'ascite. Enfin, la malade mourut dans le coma trois jours après son accouchement. Sous le rapport du traitement, l'auteur insiste en particulier sur l'opportunité de l'accouchement prématuré que, dans l'intérêt de l'enfant, il croit bien supérieur à la section césarienne.

HERMAN. — Dans un travail antérieur, il a prouvé que, contrairement à une opinion qui a été soutenue, le cancer du sein et de l'utérus évolue plus rapidement du simple fait de la grossesse. Il a en outre observé que, dans le cas de cancer de la matrice, la grossesse aboutissait à l'expulsion d'un fœtus putréfié, dont la mort était sous la dépendance de la cachexie cancéreuse. Il y a là une très réelle indication à l'accouchement prématuré. Mais il ne croit pas que la section césarienne soit aussi funeste pour les enfants que l'a soutenu son collègue. Les statistiques dressées à ce sujet sont illusoires. Les dangers que fait courir à l'enfant la section césarienne sont presque nuls, à condition que l'opération soit faite *à temps* et avec les précautions ordinaires.

J. PHILLIPS. — Il relate un cas d'*hématocèle* survenue chez une jeune femme au moment de l'éruption menstruelle. De la grosseur, au début, d'une orange, la collection sanguine constituait, sept jours après, une tumeur énorme. Incision par le vagin avec le

cautère Paquelin, évacuation d'une quantité considérable de caillots, drainage. *Guérison rapide.*

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE BERLIN

Séance du 25 mars (1) et du 13 mai 1887.

Veit. — **Recherches anatomiques relatives à l'étude du mécanisme de l'accouchement.** — De l'étude d'un certain nombre de coupes pratiquées, après congélation, sur des bassins de femmes, l'auteur tire les conclusions suivantes : Le détroit supérieur, surtout en ce qui concerne les primipares, n'entre pour rien dans le mécanisme du travail. La tête fœtale, en effet, dans l'intervalle de la grossesse, atteint ce que Veit appelle le *plan principal,* plan qui correspond au 2e parallèle de Hodge. L'abaissement de la petite fontanelle est l'effet de la situation même du fœtus pendant la gestation ; seulement cet abaissement s'accentue sous l'influence de la pression périphérique exercée sur la tête fœtale, au cours de sa descente, par le canal de la parturition. Ce n'est pas autour de la face postérieure de la symphyse pubienne, mais bien autour de son bord inférieur que s'accomplit la rotation de la tête du fœtus. Le mouvement en avant de la petite fontanelle, est dû à la direction du muscle obturateur interne qui représente un plan incliné et qui, conjointement avec la configuration spéciale du bassin, reporte la résistance en arrière. Enfin, le soi-disant mécanisme du plancher pelvien « *Beckenbodenmechanismus* » n'intervient pas dans un grand nombre de cas ; car, très souvent, la rotation de la tête autour du bord inférieur de la symphyse et le mouvement en avant de la petite fontanelle sont déjà commencés avant que la sangle pelvienne entre en activité.

Winter.—De l'examen des mêmes coupes faites par Weit, et de l'étude, après enlèvement des organes génitaux, des muscles pelviens chez deux mortes, il déduit les objections suivantes aux considérations présentées par Veit.

1) Le muscle psoas-iliaque, non plus dans les bassins rétrécis que dans les bassins normaux, ne diminue le diamètre transverse ; car il s'étend au-dessus de ce diamètre. En réalité, il est plus juste

---

(1) Voir in Annales de gyn. et d'obst., p. 307, 1887.

de se représenter le détroit supérieur à l'aide de deux plans, l'un mené suivant le diamètre antéro-postérieur, l'autre suivant le diamètre transverse. Dans celui-ci, qu'atteint la tête, au moment où elle franchit le diamètre transverse, il n'existe pas de muscle; le muscle psoas-iliaque se trouve sur le même niveau que le diam. conjugué vrai et, même quand le bassin est rétréci, il se laisse aisément refouler sur les parties latérales par la tête du fœtus.

2) Le rétrécissement du bassin, figuré par Veit, et qui tiendrait à la saillie en dedans du ventre du muscle pyramidal est illusoire; ce muscle en effet n'a pas de convexité interne, il offre un trajet absolument direct entre ses deux insertions extrêmes. La disposition précédente est un produit des manipulations qui ont été faites. L'action attribuée par Veit à ce muscle, ne saurait donc exister.

3) L'étude des muscles abdominaux montre qu'ils tapissent le canal pelvien d'une manière proportionnée pour ainsi dire. Où ils sont plus épais, la paroi osseuse est plus mince. De sorte que, comme il ressort très bien des coupes faites par Veit, le canal pelvien est cylindrique. La proéminence des muscles qui, d'après Veit, serait nécessaire pour assurer la bonne direction de la tête fœtale, n'existe pas.

Mécanisme du travail. — Winter accepte complètement cette conclusion, formulée par Veit, que *la moitié supérieure du bassin n'entre pour rien dans le mécanisme de l'accouchement.*

D'ailleurs, des expériences faites sur le cadavre et dans lesquelles il a pu faire arriver presque jusque sur le plancher pelvien, dans un bassin de dimensions normales, un fœtus exceptionnellement gros sans qu'il touchât les parois pelviennes, établissent ce fait déjà acquis en clinique. La descente de la petite fontanelle s'opère en partie pendant la grossesse, mais la flexion de la tête s'accentue quand l'extrémité céphalique arrive au niveau des épines sciatiques.

Winter n'accepte pas que la rotation en avant de la petite fontanelle soit due à la disposition spéciale du muscle obturateur mise en cause par Veit. Pour lui, il faut, avec le plus de vraisemblance, l'attribuer à la disposition du plancher pelvien, infundibuliforme, et qui constitue une sorte de plan incliné, orienté vers l'entrée du vagin. La petite fontanelle est-elle dès l'abord tournée en avant, elle glisse en suivant la pente de façon à regarder finalement en

avant; est-elle primitivement dirigée en arrière, dans ce cas la rotation s'opère grâce à l'obliquité du plancher pelvien, en vertu de laquelle la partie fœtale qui atteint celui-ci la première, se dirige en avant. Winter fait rentrer dans le plancher pelvien les muscles coccygiens. Or, ces muscles limitent, sur la face antérieure du sacrum, un espace assez large, absolument dépourvu de fibres musculaires. Quand la petite fontanelle occupe cet espace, la rotation en avant peut faire défaut; mais si seulement cette fontanelle se trouve un peu de côté, de façon à toucher le muscle coccygien qui constitue la région la plus élevée du plancher pelvien, la rotation a lieu.

Ebell et Olshausen ajoutent quelques remarques.

Présentation. Orthmann (pièces pathologiques provenant de laparotomies pratiquées par A. Martin).

1) **Annexes de l'utérus et utérus atteint de myome, hystérotomie supra-vaginale.** — L'opération ne présenta pas de difficultés spéciales. Elle dura 55 minutes. Les premiers jours, suites opératoires régulières. Néanmoins, il était évident que les mouvements péristaltiques de l'intestin étaient très faibles, et il n'y eut pas d'émission de gaz. Le 4e jour, températ. 38°. Le 5e jour, administration d'un lavement qui reste sans effet. Enfin, vers le soir, après quelques vomissements, le pouls s'accélère et la *mort survient brusquement.* L'autopsie fit constater *qu'elle était due à l'étranglement de plusieurs anses d'intestins par une bride péritonéale*, émanée de l'enveloppe séreuse qui primitivement recouvrait la tumeur.

2) **Utérus, siège de myomes multiples, de gros et de petit volume, et sous-séreux.** — Hystérectomie supra-vaginale, durée 35 minutes. *Convalescence typique.* L'opérée a quitté l'hôpital quinze jours après l'opération.

3) Pièce pathologique provenant d'un **grossesse tubaire** de 2-3 mois. Le cas se rapporte à une femme âgée de 44 ans qui, depuis un certain temps, se plaignait de douleurs dans le bas-ventre et de troubles de la menstruation. Un accouchement et un avortement antérieurs. Dernière menstruation, le 15 février 1887. Le 15 mars, absence de règles ; 5 jours plus tard survient une hémorrhagie abondante. On constate que l'utérus, augmenté de volume, est repoussé vers la droite par une tumeur de la grosseur du poing, diagnostic probable, *grossesse extra-utérine.*

Le 15 mai, laparotomie. Dans le ventre, on a trouvé une certaine quantité de sang, en partie liquide, en partie coagulé. Extirpation de la trompe qui a le volume d'un œuf de poule, de l'ovaire correspondant qui, transformé en un véritable kyste hématique, se rompt. Durée de l'opération 16 minutes. *Convalescence parfaite.*

VEIT. — 1) Un **myome** qui, ayant son point d'origine dans le corps de la matrice, avait refoulé le péritoine qui revêt la paroi antérieure de l'utérus et s'était développé dans le tissu cellulaire situé entre cet organe et la vessie. Le diagnostic d'une telle localisation est difficile, même quand on procède à l'examen après avoir évacué la vessie qui, comme dans le cas actuel, est souvent très remontée. Les difficultés les plus considérables proviennent de l'abondance de l'écoulement du sang. L'application du lien élastique est impossible. Les 4 cas opérés, en semblables conditions, par Schröder, et qu'Hofmeër a fait connaître, ont été suivis de mort.

Jusqu'à présent la malade de Veit n'a présenté que des suites opératoires absolument normales.

2) Un fœtus, d'environ 2 centim. de longueur, et qui présente un arrêt de développement intéressant le canal médullaire. (*Cent. für Gynäk. N*os 19 *et* 24).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE PHILADELPHIE

Séance du 7 avril 1887.

BALDY. — **Relations de la salpingite avec l'état puerpéral.** — X..., âgée de 23 ans, à la suite de son deuxième accouchement, normal cependant, est prise de frissons. La fièvre s'allume, le ventre se météorise, des sueurs nocturnes apparaissent, enfin l'état général décline au point que la mort paraît imminente. Par le toucher vaginal, on constate l'existence, à gauche de l'utérus, d'une masse fluctuante, limitée par de nombreuses adhérences, irrégulière et extrêmement sensible. La laparotomie est décidée et faite, comme offrant la dernière chance de salut. Du côté droit, les annexes de l'utérus sont normaux. A gauche, la trompe, distendue au point d'être aussi volumineuse que la matrice, est suppurée et adhérente de toutes parts. Après une opération laborieuse, ovaire et trompe sont enlevés.

Bien que prolongée par quelques accidents, *la convalescence fut complète.*

L'auteur fait un historique détaillé de la question, ***relations de la salpingite avec l'état puerpéral*** et exprime l'avis que la salpingite, d'origine puerpérale, est sans doute beaucoup plus fréquente qu'on ne le suppose. Il rappelle en outre que des phlegmasies tubaires, préexistantes à l'accouchement mais devenues, pour ainsi dire, silencieuses, peuvent repasser à l'état aigu sous l'influence de l'état puerpéral.

Il importe, toute les fois qu'une femme présente des accidents puerpéraux, de rechercher, aussi soigneusement que possible, quel est l'état des trompes et des ovaires. La laparotomie, comme dans le cas actuel, permettra de sauver des existences qui, à défaut de cette intervention, seraient fatalement condamnées.

Discussion : PRICE, LONGAKER.

HIRST présente un type de **septicémie puerpérale virulente** (virulent puerperal sepsis). Immédiatement après la délivrance, la femme présenta de l'élévation de la température, et, en dépit des lavages antiseptiques du vagin et de l'utérus, mourut 72 heures après la délivrance. A l'autopsie, on ne trouva que des dépôts diphthéroïdes dans le vagin, la cavité du col, et surtout dans le rectum. Le rein et le foie étaient le siège de nombreux abcès métastatiques. Mais l'utérus, les trompes, les ovaires étaient parfaitement sains.

Cette observation semble indiquer, dit l'auteur, que l'infection peut se faire par le rectum et qu'elle est peut-être consécutive à l'emploi, pour les lavements, d'instruments d'une propreté douteuse.

PARISH relate l'observation d'un **kyste ovarique volumineux, guéri par l'incision, le drainage, et l'oblitération consécutive de la cavité.** — L'extirpation avait été d'abord résolue. Mais l'existence d'adhérences très étendues, et surtout l'état extrêmement précaire de l'opérée, — on dut au cours de l'opération pratiquer des injections stimulantes — y fit renoncer. On se contenta donc de vider complètement la poche, de la laver soigneusement avec une solution antiseptique (sublimé à 1 pour 1000), de fixer par des sutures le kyste à la paroi abdominale, d'assurer le drainage et, au moyen d'un bandage suffisamment compressif, de favoriser l'accolement des parois du kyste. La convalescence fut tellement rapide, qu'on

permit à l'opérée de quitter le lit à la fin de la troisième semaine, après l'opération.

Discussion : Harris, Baer, Drysdale.

SOCIÉTÉ GYNÉCOLOGIQUE DE CHICAGO

Séance du 27 *mai* 1887.

Byford. — **Disposition des organes pelviens chez un enfant âgé de trois jours.** — La vessie est située en avant, l'utérus en arrière de la vessie, un peu à gauche, immédiatement en avant du rectum. Le col de l'utérus représente environ les 3/4 du volume de l'organe, le corps ne compte que pour 1/4. Le col est aussi plus large, plus épais que le corps. La trompe de Fallope, le ligament de l'ovaire, le ligament large du côté gauche, circonstance déjà signalée par Winkel, sont plus courts que leurs congénères. Les ovaires, rudimentaires, sont presque accolés à la matrice, celui de droite a une fois et demi le volume de celui de gauche. La cavité cervicale, assez large, contient du mucus. Les artères utérines abordent le col, un peu au-dessus de sa portion moyenne. L'utérus, légèrement incliné vers la droite, présente un certain degré de latéro-version, qui correspond à l'inclinaison qu'on observe chez l'adulte. Les replis utéro-sacrés et utéro-vésicaux sont bien développés.

Parkes, présente : a) Un **cystome ovarique, compliqué de torsion du pédicule**; b) **Un utérus, provenant d'une hystérectomie faite pour un fibro-myome; guérison.** — Les deux points principaux de cette observation, sont : 1° l'existence chez la malade d'une pseudo-fluc tuation qui avait pu faire penser à une tumeur kystique. Bien qu'enlevée depuis plusieurs jours, et malgré son séjour dans l'alcool, la tumeur, grâce à une mollesse remarquable, fournit encore cette sensation de fluctuation.

2° La ligature des ligaments larges a été réalisée au moyen de trois sutures. Les deux plus élevées ont été placées sans précaution spéciale. La troisième, au contraire, a été appliquée profondément, et le plus près possible du tissu utérin, dans le but de comprendre les vaisseaux importants qui, à ce niveau, pénètrent dans l'utérus.

Franklin fait, d'une manière élogieuse, l'exposé des points essentiels de la *méthode d'électrolyse* (method of electrolysis)

instituée par Apostoli pour le traitement des fibro-myomes, des hémorrhagies de la matrice, et des névralgies ayant leur siège dans cet organe.

W. EARLE donne communication d'un mémoire ayant pour titre : **Un des facteurs étiologiques de la fièvre puerpérale et un des moyens de la combattre.** — Le facteur étiologique, ce sont les débris retenus dans l'utérus (portions du placenta, débris membraneux). Le moyen curateur, ce sont les irrigations intra-utérines et la curette.

Discussion : JAGGARD, FENGER, ADOLPHUS, SAWYER et BYFORD. (Amer. Journ. of obstetrics. Août 1887).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CINCINNATI

Séance du 14 *avril* 1887.

G. S. MITCHELL, — **La métrite chronique et son traitement.** — Le traitement général, la pureté et la fraîcheur de l'air, un exercice modéré, les toniques, sont fort utiles. Ed. JENKS, de Chicago, recommande l'extrait fluide de viburnum prunifolium. L'auteur recommande les injections abondantes très chaudes, parfois le port d'un pessaire bien choisi. Puis il cite les eaux d'Allemagne auxquelles il faut ajouter Spring Lake Well, et Fruit Post Well, dans l'Ottawa, moins connues. Parfois le curage a fait du bien. Dans des cas rares, l'oophorectomie peut rendre des services.

Mitchell propose l'application de la glycérine dans le vagin et sur la face interne de l'utérus.

Discussion : PALMER, A. J. MILES, HYNDMAN, JULIA CARPENTER, qui préconise l'extrait de Pinus Canadensis, W. H. WENNING, G. ZINKE, président.

Séance du 18 *Mai* 1887.

Quelques mots sur les enfants nés avant terme, par W. H. TAYLOR. — L'auteur commence par énumérer les causes de l'accouchement avant terme : l'excès de travail, la vie mondaine avec ses conditions énervantes, l'alcoolisme, la phthisie et les maladies aiguës accompagnées d'une élévation de la température, l'oxygénation incomplète du sang et l'anémie placentaire qui en résulte. Klotz

(*Arch. f. Gyn.*, XXIX, 3) affirme que l'accouchement prématuré est dû, dans les exanthèmes, à une éruption spécifique, qui se fait sur la muqueuse utérine. Priestley (*Lancet*, 1887, t. I, p. 759, 814, 865) a bien montré l'influence de la faiblesse des parents sur l'expulsion prématurée du produit, et prouvé que la syphilis est la cause la plus fréquente de sa mort.

Puis il cite les opinions de Runge, d'Issmer, de Küstner, etc.

Le fœtus n'a guère de chance de vie, s'il pèse moins d'un kilogr. et s'il a moins de 27 centimètres de longueur. Néanmoins, Tanner (*Signs and Diseases of Pregnancy*, p. 218) dit que J. Hudson n'avait que 45 centim. à 8 ans, et que *Bebe*, né à 7 mois n'avait que 7 à 8 pouces (17 à 20 centim.) et pesait une livre à sa naissance (1).

Lorsque nous avons à juger les probabilités de vie d'un nouveau-né, nous devons tenir compte de sa vigueur, du degré de son développement, etc., plus encore que de l'époque de la grossesse.

TAYLOR cite ensuite les cas de survie de fœtus nés à 6 mois, au-dessous, et un peu au-dessus, que raconte Montgomery (*Signs and symptoms of Pregnancy*, 2e éd., p. 516), et le cas de Devergie : des fœtus à terme qui ne pesaient que 2 et 3 livres.

Tarnier recommande surtout de garantir les enfants prématurés contre le froid (Cazeaux et Tarnier). Il prescrit de les tenir dans une chambre chauffée à 18°, ce qui, d'après Taylor, est une température trop basse, quoi qu'en dise Hodge (*Syst. of obst.*, p. 13).

TAYLOR croit qu'il faut nourrir l'enfant avec le lait maternel, donné à la cuiller.

WIEDERHOFER conseille de le nourrir avec une sonde passée par le nez. Il ne faut le baigner que lorsque c'est absolument nécessaire, car chaque mouvement le met en contact avec de nouvelles couches d'air relativement froid.

Dans tous les cas, Taylor ne fait pas la ligature du cordon avant la cessation de ses battements. Le nouveau-né étant petit, a une surface cutanée relativement large, et se refroidit aisément, d'autant plus que l'état des ses organes ne lui permet pas de produire beaucoup de chaleur ; la pneumonie peut, comme l'a prouvé Stolman (*Jahrb. de Kinderh*, XI, 1), exister sans fièvre, et, les réflexes étant défectueux, ne pas s'accompagner de toux. L'atélec-

(1) J'ai vu peu après sa naissance une enfant de 625 grammes ; je n ai pas noté sa longueur ; elle a passé 28 ans. (A. Cordes.)

tasie est fréquente à cause de la faiblesse des muscles inspirateurs, ce qui ajoute encore aux causes d'anémie. Il est donc utile comme le conseille Kjellberg, de placer l'enfant dans une atmos phère chaude et humide.

L'enfant prématuré doit avoir des repas plus fréquents et moins abondants. Il ne peut guère prendre à la fois plus de 4 à 6 grammes.

Laugerst cité par Miller a démontré : que la graisse souscutanée des jeunes enfants contient 31 0/0 de palmitine, tandis que celle des adultes n'en renferme que 10 0/0, ce qui fait que la peau se solidifie plus aisément par le froid, et cause la sclérose.

La persistance de la couleur ictéroïde de la peau, chez les enfants prématurés, est expliquée par Birsh Hirschfeld, par la lenteur de la circulation, causée par la faiblesse du cœur droit, qui amène une congestion hépatique.

Le cordon se détache tardivement chez les enfants prématurés; il se produit assez souvent des hémorrhagies ombilicales; ils perdent davantage de poids après la naissance, et commencent plus tard à en regagner.

A. J. Miles raconte un cas où il fallut une température *minimum* de 32°,5 pour faire vivre un enfant né prématurément. Ce n'est qu'au bout de 6 semaines qu'on put la laisser descendre à 28°,5. Il parle de la couveuse dont Taylor n'avait rien dit.

Julia W. Carpenter ne fait jamais la ligature que lorsque les battements du cordon ont cessé, et elle croit que c'est à cela qu'elle doit d'observer rarement des coliques chez les nouveau-nés. Elle graisse le corps des enfants prématurés avec de la graisse ou de la linoline et les enveloppe dans du coton sans les habiller, ce qui facilite l'application des bouteilles d'eau chaude.

E. W. Mitchell de même.

W. H. Wenning, et Zinke, président, ajoutent quelques mots.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE CHICAGO

Séance du 24 juin 1887.

Quelques points intéressants en obstétrique, par J. Bartlett.

1° **La quinine comme abortif.** La question est à l'étude.

2° **Placenta prævia.** BARTLETT cite l'observation 401 de La Motte, placenta très tendu et très large.

3° **Placenta inséré dans le col.** BARTLETT cite Charpentier, qui donne les noms des auteurs ayant observé cette anomalie, puis Levret, édition de 1751, p. 373.

4° **Laparotomie pour la rupture d'un kyste fœtal extra-utérin.** — On attribue généralement à Osiander et à Heim l'idée de cette opération. Levret l'avait proposée, mais ne la croyait pas praticable.

5° **Compression par la vis du forceps de Tarnier.** L'auteur cherche à prouver que cette compression dangereuse n'est pas nécessaire. Il n'est pas nécessaire de serrer cette vis.

6° **L'enduit sébacé.** Bartlett cite un cas où il prit une plaque d'enduit sébacé pour un placenta prævia. Même à l'œil, la différence était difficile à établir.

E. W. SANGER recommande dans la grossesse extra-utérine, de laisser le placenta se détacher spontanément.

Visite à la clinique de Chiara par EARLE, président. L'auteur décrit l'Hôpital Santa Maria Anova. La chambre de misère est à gauche, le plancher, en bois dur, peut-être aisément lavé. On y porte la parturiente lorsque le col est bien dilaté; plus tôt, si elle est pluripare, après avoir pris un bain phéniqué; on lui donne une injection lorsque la tête commence à presser sur le périnée, dès que la vulve bâille, on fait jouer le spray sur les parties jusqu'après la délivrance. La sage-femme presse sur la tête, à travers le périnée, pour aider à la déflexion. La ligature du cordon se fait avec un petit ruban de caoutchouc. La chambre d'opération a 50 pieds carrés. La veille d'une opération, on y brûle du soufre et on la chauffe à 38°. Les linges sont fumigés, les instruments placés dans de l'eau chaude phéniquée à 10/100, puis dans de l'eau phéniquée à 9/100.

EARLE a vu Chiara faire une opération césarienne et sauver la mère et l'enfant. Il attendit, pour commencer, que l'orifice fût bien dilaté.

1° **Position occipito postérieure.** — On ne connait pas la méthode de SANGER.

2° Dans les **présentations du siège**, on conserve un pied au dehors. On emploie parfois le crochet mousse.

3° Dans un cas **d'empoisonnement urémique,** on provoque l'accouchement prématuré.

4° **L'inversion utérine**, après les tentatives ordinaires, est traitée par la ligature avec un fil de fer.

5° **Opération de Porro pour un rétrécissement du bassin par une tumeur osseuse.**

6° La **déchirure du col** est traitée par la cautérisation.

7° **Extirpation de la rate.** La tumeur avait été prise pour une tumeur ovarique. C'était un kyste splénique rempli d'échinocoques. L'opérée se rétablit.

8° Le **diagnostic de tumeur intra-abdominale** n'est guère posé qu'après la laparotomie.

9° **Kyste dermoïde pris pour un fibrome.** Chiara cherche toujours à sauver l'ovaire sain.

10° **Sarcome ovarique.** Opération incomplète.

11° **Hématocèle.** Dans les cas de collapsus, Chiara fait la laparotomie.

12° **Pelvi-cellulite et péritonite.** Glace sur l'abdomen, morphine, au début, puis cataplasmes chauds, iode, douches d'eau iodée.

13° **Métrite chronique.** Iode et injections d'eau iodée.

14° **Occlusion du vagin par le prolapsus.**

On discute le forceps Tarnier.

On pratique parfois l'hypnotisme. Un cas de succès.

Bactériologie du fœtus mort, par B. Holmes. Un fœtus extra-utérin a été extrait le 7 mars dernier, par Ch. Fenger, avec toutes les précautions antiseptiques. On a trouvé le bacillus subtilis. Il est certain qu'il est entré accidentellement. Le corps humain ne contient à l'état de santé, aucun micro-organisme vivant.

Les bactéries introduites dans la circulation : 1° sont détruites et ne se multiplient, ou 2° elles se multiplient dans les *loci minoris resistentiæ*, et sont clairsemées ailleurs, ou 3° elles se multiplient partout, où 4° elles produisent des spores qui demeurent dans le tissu cicatriciel, et peuvent ultérieurement, dans des circonstances favorables, se multiplier de nouveau.

Le fœtus vivant n'a pas de micro-organismes vivants. Escherich a démontré leur absence dans le méconium. Le fœtus retenu dans le sein de sa mère bien portante, ne peut donner lieu à de la suppuration. Le fœtus peut être infecté des trois façons suivantes.

1° Avant sa mort, suppuration ultérieure.

2° Auto-infection.

3° Infection par le voisinage des bactéries pyogéniques, restées d'une suppuration antérieure. Holmes cite 25 auteurs qui ont étudié cette question.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE WASHINGTON

Séance du 18 *mars* 1887.

W. W. JOHNSTON. — **Expulsion spontanée d'un fibrome pesant 2 livres et demie.** — L'utérus ne se renversa pas complètement, et le col se rétracta promptement.

Quelques observations cliniques rares, par BUSEY.

1° **Poche des eaux empêchant le diagnostic de la position de la tête.** BUSEY veut qu'on déchire les membranes, au plus tard, lorsqu'elles paraissent au dehors (1).

2° **Poche en boudin empêchant le diagnostic de la présentation.** — C'était une présentation du pied droit.

3° **Distension de la vessie prise pour une péritonite puerpérale.** — La vessie se vidait par regorgement. BUSEY en put extraire 2 lit., 8 d'urine.

4° **Douleurs du travail prises pour la douleur causée par la réplétion de la vessie.** — L'auteur a rapporté en 1886 (*Am. J. of obst.*, p. 1093) (2) un cas d'obstruction fécale gênant l'accouchement. Dans le cas actuel, il y avait distension de la vessie et réplétion du rectum, chez une femme en travail.

5° **Cysto-colpocèle compliquant la grossesse.** — La fluctuation obtenue entre un doigt placé dans le vagin, et une main sur le ventre, jointe au fait que la malade n'avait pas uriné depuis la veille, permirent à BUSEY de faire le diagnostic.

6° **Blessure faite au bassin d'un fœtus par un crochet mousse.** — L'enfant se présentait par le siège. Il guérit.

1° **Seize grammes d'extrait de cascara sagrada donnés au lieu d'une dose égale d'extrait d'ergot.** Sauf, que l'effet attendu de l'ergot ne se produisit pas, l'accouchée ne semble pas avoir souffert de la méprise. « La convalescence de l'accouchée ne fut troublée par au-

---

(1) V. l'intéressant mémoire de DUMAS. *Dilatation præfœtale de la vulve*, *Ann. de Gyn.*, 1885, t. II, p. 175 et suivantes (A. C.).

(2) *Annales de gynéc.*, 1886, t. II, p. 398.

« cun des malaises (discan fats) de la puerpéralité, elle eut une selle le 3e jour. »

8° **Quatre grammes de la solution de Monsel** (1) **donnés au lieu d'une dose égale d'extrait d'ergot.** L'accouchée ne se plaignit que de douleurs à l'estomac, rejeta un peu de la solution ferrugineuse; l'élixir parégorique arrêta la diarrhée. Guérison.

Dans les cas où le toucher ne donne pas d'indications suffisantes sur la position, AFA, King, président, recommande le palper.

Il rejette l'emploi du crochet excepté sur le fœtus vivant et dit que les grosses femelles domestiques expulsent l'œuf avec l'écorce non rompue.

M. W. Johnston croit à l'influence de la poche sur la dilatation du vagin et il se demande s'il faut la rompre avant qu'elle sorte de la vulve.

Mc Ardle partage son opinion.

H. D. Fry et Fernald ajoutent quelques mots.

(Résumé d'après *l'Am. Journal;* septembre et octobre 1887, par A. Cordes.)

BIBLIOGRAPHIE

Histoire des accouchements chez tous les peuples,
par le Dr G.-J. Witkowski.

Dans ces deux nouveaux volumes qui témoignent une fois de plus de sa patience et de la fécondité de sa plume, le Dr Witkowski a rassemblé un nombre considérable de documents intéressant l'obstétrique anecdotique, empruntés aux livres les plus rares collectionnés avec passion et à grands frais depuis de longues années.

Le 1er volume, orné de 461 figures, comprend 4 parties.

1. **L'Obstétrique et le Culte.** — Accouchements mythiques. Dieux et déesses, saints et saintes invoqués par les femmes en couches. Reliques et superstitions religieuses. Embryologie sacrée. —

(1) Persulfate de fer. (A. C.)

II. **Erreurs et préjugés populaires** relatifs à la grossesse et à l'accouchement. — III. **Les accouchements extraordinaires et les monstres.** — IV. **Mœurs et coutumes obstétricales.** — Postures prises dans le travail. Pratiques et opinions singulières. Sages-Femmes et Accoucheurs.

Comme on peut le voir par l'énoncé précédent il y a de tout dans les 700 pages de ce livre ; l'auteur y mêle constamment le plaisant au sévère, et tout compte fait, il semble bien que le plaisant occupe une place un peu trop considérable dans ces *Histoires sur les accouchements* chez tous les peuples, pour que le titre de l'ouvrage soit entièrement justifié. Malgré quelques digressions critiquables sur un terrain qui ne parait pas familier à l'auteur (antisepsie, insufflation, etc.) l'ouvrage est très digne de figurer dans la bibliothèque du praticien, voire du spécialiste désireux de se délasser des fatigues de leur profession par quelques lectures récréatives.

Le second volume : **L'Arsenal Obstétrical des anciens et des modernes,** renferme outre une reproduction complète de l'*armamentarium Lucinæ novum* de Kilian les pièces principales tant usuelles que démodées de l'arsenal obstétrical. Cette partie compte 1123 figures accompagnées d'une légende.

Physiologie spéciale de l'embryon. — Recherches sur les phénomènes de la vie avant la naissance, par W. Preyer, professeur de physiologie à l'Université d'Iéna. — Trad. Wiet. Paris F. Alcan, 1887, in 8°, 642 p., 9 planches.

Tandis que l'étude morphologique du développement de l'embryon dispose d'une quantité d'ouvrages excellents qui comprennent aussi bien le développement des organes en particulier et des systèmes que le développement de la forme générale du corps, les travaux qui traitent de la *physiologie de l'embryon* n'ont été produits qu'incidemment et se trouvent disséminés de part et d'autre.

Preyer s'est proposé de les réunir et de les compléter, estimant que la connaissance de la chimie biologique et de la physiologie de l'embryon est nécessaire pour la compréhension des fonctions de l'homme et des animaux après leur naissance.

Aussi bien l'étendue de ce livre que la grande quantité des

observations et des expériences particulières qui y sont mentionnées en rendent l'analyse impossible.

L'index suivant montrera à nos lecteurs ce qu'ils y pourront chercher et trouver.

1re partie. Le mouvement du sang dans l'embryon : 1. L'activité cardiaque; 2. la circulation.

2e partie. La respiration de l'embryon : 1. La respiration dans l'œuf; 2. les premiers mouvements respiratoires.

3e partie. Nutrition de l'embryon : 1. Conditions de cette nutrition; 2. Le métabolisme de l'embryon.

4e partie. Excrétions de l'embryon. L'eau de l'amnios, la lymphe, sucs digestifs de l'embryon. Gaz de l'estomac et de l'intestin du nouveau-né. Le méconium. Urine de l'embryon. Liquide allantoïdien. Sueur de l'embryon. Vernix caseosa. Production de la sécrétion des glandes mammaires du nouveau-né.

5e partie. Production de la chaleur de l'embryon : 1. Influence de la température extérieure de l'embryon dans l'œuf; 2. Chaleur propre du fœtus.

6e partie. Motilité de l'embryon : 1. Mouvements des embryons animaux; 2. Les mouvements du fœtus humain; 3. Division des mouvements du fœtus d'après leurs causes; 4. Différence entre le nerf et le muscle en repos et en activité chez l'embryon.

7e partie. Sensibilité de l'embryon; 1. Les cinq sens avant la naissance; 2. Sentiments communs avant la naissance; 3. Le sommeil et l'état de veille avant la naissance.

8e partie. Croissance de l'embryon.

Des cystites douloureuses et de leur traitement, par le Dr Hartmann, prosecteur à la Faculté, ancien interne des hôpitaux. Steinheil, in-8°, 213 p.

Sous le titre de cystites douloureuses, Hartmann décrit une forme nouvelle et importante créée par son maître Guyon et dans laquelle viennent se grouper des cas considérés par le plus grand nombre des chirurgiens comme incurables, et qui sont en effet rebelles à toutes les méthodes usuelles.

Quelle que soit sa cause première (blennorrhagie, tuberculose, calcul, néoplasme, etc.), toute cystite peut devenir *douloureuse* au

sens de M. Guyon, si la douleur est de longue durée, continue sans la moindre accalmie, et résiste à tous les moyens classiques de traitement.

Les cystites de la femme, dont la pathogénie est en général assez mal établie, revêtent quelquefois le type douloureux ; et il semble à Hartmann que, relativement au petit nombre de cas qu'il a observés chez la femme, la cystite y a revêtu plus souvent que chez l'homme le type douloureux.

La cystite douloureuse, dont l'étiologie reste vague, est caractérisée par deux grands symptômes : la fréquence des mictions et des douleurs intenses, à siège profond très mal déterminé, avec irradiations au méat, arrachant des cris, ne laissant de trêve ni jour ni nuit et se produisant au moment des mictions; parfois cela va jusqu'aux crises de ténesme pouvant se répéter plusieurs fois par jour, persistant quelquefois des heures.

La capacité physiologique de la vessie a disparu, et à la longue la capacité anatomique peut disparaître par extension des lésions à la musculeuse. Il y a dans ces cas une sorte d'hypertrophie concentrique du viscère qu'Hartmann ne croit pas due au fonctionnement exagéré de l'organe, mais à une cystite interstitielle qui, produisant des îlots scléreux (comparables à ceux que Debove et Letulle ont décrits dans la myocardite scléreuse hypertrophique), gênent le fonctionnement du muscle.

C'est à tort que dans ces cystites on attribue la douleur à une contraction du col vésical qui n'existe ordinairement pas, même au moment des crises les plus douloureuses.

Ces crises sont dues à une contraction spasmodique de tout l'appareil musculaire de la vessie; cette contracture, douloureuse comme celle de tous les muscles lisses, cette colique vésicale, absolument comparable aux coliques intestinales, hépatique, utérine, etc., est déterminée par une action réflexe dont le point de départ est la distension de la muqueuse vésicale enflammée.

Empêchez cette distension par un moyen quelconque, en plaçant une sonde à demeure par exemple, le point de départ de l'acte réflexe manquant il n'y a plus de contracture vésicale, partant plus de douleur.

Débutant par une cystite ordinaire qui s'aggrave progressivement ou par accès, persistant indéfiniment avec alternatives d'amélioration ou d'aggravation jusqu'au moment où l'inflammation

ascendante entraîne des lésions tôt ou tard mortelles des bassinets et des reins, la cystite douloureuse est d'un pronostic extrêmement grave de par le fait de l'inflammation originelle.

On en peut et on en doit toutefois distinguer à ce point de vue 2 variétés.

Chez certaines malades les douleurs sont intenses mais non excessives, les lésions rénales sont nulles ou peu marquées; tous les symptômes peuvent rétrocéder graduellement par un traitement simple mais bien dirigé (*cas moyens*).

Chez d'autres les douleurs sont excessives (crises), sans accalmie, et les symptômes augmentent même d'intensité alors qu'on s'efforce d'en poursuivre l'atténuation. Ces cas, souvent compliqués de lésions rénales, constituent les *grands cas* de Guyon, à pronostic grave, et qui ne sont justiciables que du traitement opératoire.

Le traitement comprend plusieurs points :

1° Combattre l'inflammation vésicale généralement profonde par des agents appropriés (cataplasmes, bains, etc., repos, *instillations de nitrate d'argent*).

2° Apaiser les douleurs si pénibles pour le malade à l'aide de moyens narcotiques, non pas locaux mais généraux (opium en lavements 15 à 20 gouttes aussi souvent que possible et injections hypodermiques de morphine (jusqu'à 4 centigr. et même plus).

3° Mettre la vessie au repos, supprimant ainsi ses contractions incessantes et douloureuses qui aggravent l'état morbide par suite des mouvements continuels qu'elles impriment aux parties enflammées.

Pour cela la sonde à demeure ne vaut pas grand chose et on n'arrive au but que par la dilatation du col, ou la taille vaginale.

Prônée surtout par ceux qui considéraient les symptômes comme dus à une contracture du col vésical, la dilatation brusque du col sous le chloroforme pratiquée à l'aide d'instruments des plus variés, a échoué dans presque tous les cas de cystite tuberculeuse et paraît avoir surtout réussi entre les mains des Anglais et des Américains pour des cas moyens, que nous guérissons en France par le traitement si simple des instillations de nitrate d'argent qui semble complètement inconnu des chirurgiens étrangers.

Elle expose à des ruptures, à des déchirures du canal, à des hémorrhagies, des poussées de cystite, à l'infiltration et surtout à l'incontinence d'urine.

Hartmann lui préfère de beaucoup, dans les cas où il est vraiment indiqué d'intervenir chirurgicalement, l'établissenent et l'entretien d'une fistule vésico-vaginale prônés par Emmet et qu'on peut exécuter de différentes façons (procédé d'Emmet, de Harris, de Bozeman, de Montrose Pallen, d'Hartmann).

Il est capital de prévenir la rétraction de la fistule qui se produit quelquefois avec une rapidité étonnante.

On obtient ainsi de véritables résurrections.

Il est à souhaiter que la pratique d'une pareille opération s'étende en France et qu'on y observe des résultats aussi remarquables que ceux obtenus par les chirurgiens étrangers.

La partie opératoire de cette thèse est étayée de 2 tableaux résumant l'un 46 cas de dilatations du col vésical, l'autre 28 cas de colpo-cystotomie.

H. VARNIER.

Manuel de Trachéotomie, par le Dr PAUL RENAULT, ancien interne des hôpitaux, préface par le Dr **Jules Simon.** — G. STEINHEIL, éditeur. — Prix **1** fr. **50**.

EXTRAIT DE LA PRÉFACE DU DOCTEUR JULES SIMON

Je le trouve en tous points excellent et lui donne toute mon approbation. — Ce que je ne saurais trop louer c'est l'exposition claire et concise, c'est la mise en relief de nombreux détails superflus peut-être en apparence, mais qui répondent bien à la réalité des faits.

VARIÉTÉS

Cours d'Accouchements

MM. BOISSARD, chef de clinique adjoint d'accouchements et P. Berthod, ancien interne de la Maternité, ont repris leurs **cours d'accouchements** le lundi 7 novembre, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours a lieu tous les jours à 4 h. 1/2 et sera complet en 40 leçons.

Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Grenelle-St.-Germain, 151, ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes sur la présentation de leur carte.

Du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Cours d'accouchements, — Le Dr Olivier, ancien interne de la Maternité, commencera le lundi 21 novembre, à 3 heures 1/2 à l'École pratique, amphithéâtre nº 2, un cours *particulier* **d'accouchements,** et le continuera les mercredis et vendredis suivants.

Les élèves seront exercés au toucher et aux manœuvres. S'adresser pour s'inscrire, à l'École pratique, au garçon des cours libres.

M. le Dr Doléris commencera un *Cours public* de **Gynécologie** le *mercredi* 16 *novembre,* à 3 *heures* 1/2, et le continuera les *mercredis* et *samedis suivants* à la même heure, 12, rue de Navarre.

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire.

Il Congresso medico e esposizione.

2 *Casi di ovariotomia ;* Dr J. Kirch.

Lettre à M. le Dr P. Budin *sur les opérations césariennes* pratiquées en Italie ; Dr F. Caruso.

La Maternita di Genova ; G. Rosciano.

Le gérant : A. Leblond

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1887

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR L'IDENTITÉ PROBABLE DE L'ŒDÈME DES NOUVEAU-NÉS AVEC LA *PHLEGMATIA ALBA DOLENS*

Par le Dr **Léon Dumas**,
Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

Parmi les nombreuses affections auxquelles est exposé le nouveau-né, il en est une qui exerce depuis longtemps la sagacité des observateurs, et sur la nature de laquelle la plus grande incertitude règne encore.

Je veux parler de l'œdème des nouveau-nés.

Observé et décrit par Andry dès la fin du siècle dernier, (1781-85), l'œdème des nouveau-nés avait été confondu par cet auteur avec l'endurcissement du tissu cellulaire décrit peu de temps auparavant par Underwood, élève de Denman, et en 1718 déjà par Uzembezius (d'Ulm). L'historique de ces

(1) Lu devant l'Académie de médecine, séance du 15 novembre 1887.

deux affections montre que cette confusion s'est continuée jusque dans ces dernières années.

Tous les auteurs qui ont écrit après Andry, sauf de très rares exceptions, comprennent en effet dans une même description, ou tout au moins sous une même dénomination, l'œdème et l'endurcissement, et la plupart sous le nom de *sclérème* imaginé par Chaussier. Cette confusion, qui a persisté jusqu'en 1877, est probablement la cause du vague qui plane encore sur l'étude de l'œdème proprement dit, et explique jusqu'à un certain point que tous ces auteurs s'en soient tenus à de simples conjectures.

Il est entièrement inutile de reproduire ici cet historique, qui se trouve exposé avec toute l'étendue désirable dans les traités de Bouchut, Parrot et Depaul. Le seul point intéressant à en retenir pour nous, c'est de constater que Parrot le premier a nettement et définitivement séparé l'œdème du sclérème, qu'il a même établi entre ces deux affections une sorte d'antagonisme qui ne permet plus de les décrire l'une pour l'autre; et que sa distinction établie « de main de maître », suivant l'expression de Depaul, qui l'accepte entièrement, doit désormais éviter la confusion dont je viens de parler.

Pour nous, persuadé de l'exactitude et de l'importance de cette manière de voir, nous avions d'abord à dissiper toute équivoque. Il est donc bien entendu que nous ne nous occupons ici que de l'œdème des nouveau-nés, tel que l'entendent Parrot et Depaul, et que ce dernier auteur différencie du sclérème par la définition suivante : « L'œdème, c'est l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané; le sclérème, c'est un amaigrissement spécial de la peau, avec modification telle qu'elle devient dure et rigide ».

De nombreuses questions peuvent être agitées au sujet de l'œdème des nouveau-nés. Le titre de ce travail montre que je me propose de l'étudier uniquement à un point de vue. Il est vrai que ce n'est pas le moins important, puis-

que le but que je poursuis est la détermination de sa nature et de sa cause immédiate qui me semblent avoir été entièrement méconnues jusqu'à ce jour.

Je me propose de démontrer que l'œdème des nouveau-nés n'est pas une affection véritable, qu'il n'est en réalité qu'un symptôme d'une maladie fort bien connue aujourd'hui chez l'adulte et extrêmement fréquente peut-être chez le nouveau-né, et qu'il y a lieu par suite de le rayer du cadre nosographique de ce dernier pour le rattacher à l'étude de la *phlegmatia alba dolens.*

Qu'on me permette de justifier en quelques mots cette entreprise et d'en indiquer l'utilité. Certes, toute simplification en médecine a sa valeur, et, ne serait-ce qu'au point de vue de la nomenclature, elle ne peut que rendre plus facile l'étude de la pathologie. Mais un résultat bien plus élevé en découle encore, lorsque cette simplification devient une nouvelle conquête sur l'inconnu, lorsqu'elle écarte le doute et les incertitudes qui nous voilaient la vérité, et qu'elle nous permet de déterminer la nature d'un état morbide et par suite d'en combattre directement la cause.

En observant divers cas d'œdème des nouveau-nés, j'avais été frappé maintes fois des analogies qu'il me semblait offrir avec la *phlegmatia alba dolens*, tant au point de vue des symptômes que de l'étiologie probable ; mais c'est en vain que j'ai cherché dans les auteurs la constatation de la lésion anatomique qui donne la clef de cette dernière affection, c'est-à-dire de la thrombose veineuse. M. Bouchut est le seul à ma connaissance qui ait soupçonné quelque chose de ce genre lorsqu'il signale l'obstruction probable des vaisseaux capillaires. Je cite en entier le passage où il en parle :

« Les vaisseaux principaux, artériels et veineux, des parties malades, dit M. Bouchut, sont parfaitement perméables au sang ; ils sont distendus outre mesure par ce liquide, de telle sorte qu'il y a congestion considérable de tous les tissus et de tous les viscères. Il n'en estpas de même des ca-

pillaires cutanés, que le sang paraît avoir abandonnés en grande partie, et qui, pour la plupart, paraissent oblitérés.

« Je dis paraissent oblitérés, et l'on conçoit la réserve qu'il faut apporter en émettant une semblable assertion. Il est difficile de s'assurer de la vérité, et d'ailleurs, je n'ai eu qu'une fois l'occasion de le faire; voici dans quelles circonstances. Un enfant atteint de sclérème (1) succomba dans le service de M. Trousseau. L'autopsie en fut faite. Je me réservai l'une des jambes pour étudier l'état des vaisseaux en injectant dans leur intérieur un mélange de térébenthine de Venise et d'essence de térébenthine colorée par du vermillon. Chez tous les enfants, ce liquide, injecté par les artères, passe dans tous les capillaires superficiels et profonds, colore complètement la peau, les muscles, et revient par les veines. Sur la jambe de ce petit malade, l'injection revint bien par les veines, mais très difficilement. Au lieu de passer par tous les capillaires, elle ne traversa qu'un petit nombre des capillaires de la peau, du tissu cellulaire subjacent, et elle pénétra dans la totalité des capillaires profonds de manière à colorer tous les muscles.

« Dans cette circonstance, une partie des capillaires superficiels du membre était donc oblitérée, puisqu'il n'y eut qu'un petit nombre de ces vaisseaux qui put donner passage à l'injection. Pendant la vie, le sang ne parcourait la peau que très incomplètement, d'où un obstacle réel à la circulation générale et locale, absolument comme cela se voit dans l'érysipèle compliqué d'œdème. En serait-il de même dans tous les cas de sclérème simple ou œdémateux, et serait-ce là la cause de la maladie ? Je l'ignore, mais on pourrait le croire si de nouvelles expériences donnaient un résultat semblable à celui que je viens d'indiquer. »

---

(1) M. BOUCHUT décrit l'œdème des nouveau-nés avec le slérème dont il ne serait, d'après lui, qu'une forme. Il distingue simplement deux variétés qu'il appelle, l'une *sclérème simple*, l'autre *sclérème œdémateux*. J'ai à peine besoin d'ajouter que cette dernière répond au véritable œdème des nouveau-nés.

Ainsi qu'on peut le voir à la lecture de ce passage, M. Bouchut soupçonne bien une oblitération ou tout au moins une obstruction vasculaire, mais uniquement dans les vaisseaux capillaires de la peau. S'il avait fait un pas de plus dans cette voie, s'il avait cherché l'obstacle au retour du sang dans les grosses veines, nul doute pour moi qu'il ne fût arrivé à découvrir la vérité. Nous verrons même qu'on peut avoir à chercher une obstruction veineuse ailleurs que dans les parties atteintes d'œdème. Pour le moment, je me borne à constater que M. Bouchut ne s'est pas arrêté à l'idée de l'existence d'une pareille cause, puisqu'il constate que « les vaisseaux principaux, artériels et veineux, des parties malades sont parfaitement perméables au sang ».

Cependant l'idée vague qui s'était présentée à mon esprit se précisa davantage dans le courant de l'hiver dernier, à l'occasion d'une série de leçons que je fis à la clinique sur la *phlegmatia alba dolens*, et qui m'obligèrent à une étude approfondie des auteurs sur cette dernière maladie. La comparaison attentive des symptômes de l'une et de l'autre, des conditions si évidemment semblables dans lesquelles elles se développent, enfin d'une grande partie des constatations anatomo-pathologiques qui leur appartiennent, m'aurait suffi sans doute pour confirmer mes soupçons et pour me permettre de tirer de l'observation clinique une conclusion formelle, si je n'avais pas tenu à corroborer inébranlablement ma manière de voir par la recherche de la lésion anatomique fondamentale.

Eh bien, cette constatation qui manquait pour l'édification d'une théorie complète de l'œdème des nouveau-nés, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir la faire dès la première occasion qui se présenta de diriger mes recherches dans ce sens. Vers la fin de l'hiver dernier, un nouveau-né ayant succombé à la Clinique après un œdème qui avait résisté aux soins les plus assidus, je voulus en faire moi-même l'autopsie et j'allai droit aux deux veines fémorales, que je trou-

vai, l'une et l'autre oblitérées au-dessous de l'arcade crurale par un caillot ferme et résistant qui mesurait au moins deux centimètres de longueur. Une pareille découverte, survenant après les inductions qui m'avaient engagé à la poursuivre, me parut suffisamment démonstrative pour me permettre d'en tirer les conclusions que je propose aujourd'hui, et je ne poussai pas plus loin mon investigation.

On pourrait m'objecter que c'est peu d'une seule constatation anatomique pour en conclure à la généralité des cas. A cette objection je puis faire plusieurs réponses qui me justifieront, je l'espère, de présenter ce travail sans attendre de plus nombreuses autopsies.

Je pourrais d'abord rappeler le vieil adage classique : *Non numerandæ, sed perpendendæ sunt observationes.* Mais j'aime mieux faire remarquer que si une autopsie négative peut être à bon droit suspectée et demande la confirmation du nombre, il n'en est plus de même d'une constatation positive, alors surtout que cette constatation a été prévue et cherchée et que l'on y a été conduit par l'observation et l'analyse cliniques.

Je dirai en outre que placé, comme je le suis, dans un champ d'observation malheureusement un peu restreint, j'ai craint d'avoir à attendre trop longtemps les occasions de multiplier suffisamment mes recherches, et cela d'autant plus que les jeunes enfants œdématiés ne sont heureusement pas tous condamnés. Et, à ce propos, je signalerai en passant les immenses services que nous a rendus dans plusieurs de ces cas la couveuse de M. Tarnier. C'est d'ailleurs un point sur lequel je reviendrai. Le présent travail a donc moins pour but de fournir une démonstration définitive que de faire connaître un exemple incontestable et d'indiquer dans quelle direction pourraient utilement chercher ceux qui sont mieux placés que moi pour observer des faits nombreux. Le contrôle pourra ainsi s'exercer sur plusieurs points, et permettra dans un laps de temps très court de confirmer ma manière de voir ou d'en démontrer la fausseté. Il m'a paru

utile, dans ce but, d'appeler l'attention des chercheurs sur cette question à l'entrée de l'hiver, c'est-à-dire à cette époque de l'année où les grands hôpitaux vont certainement recevoir un trop grand nombre de nouveau-nés atteints d'œdème.

Il ne me reste donc plus qu'à tâcher de montrer la valeur des arguments qui doivent encourager à faire cette recherche sur une grande échelle, et à indiquer les précautions nécessaires pour ne pas laisser passer inaperçue une lésion très appréciable et que je crois constante. Je vais faire ressortir dans ce but, le parallélisme complet, et mieux l'identité absolue qui existe entre l'œdème des nouveau-nés et la *phlegmatia alba dolens*, au triple point de vue des symptômes, de l'anatomie pathologique et de l'étiologie. Les considérations relatives à cette dernière nous amèneront tout naturellement à exposer la manière dont nous concevons la pathogénie de la *plegmatia alba dolens* chez le nouveau-né.

SYMPTOMATOLOGIE

L'œdème, la douleur et l'aspect particulier de la peau, tels sont les trois phénomènes primordiaux qui décèlent *une phlegmatia alba dolens*. La présence du cordon veineux n'apparaît qu'après ces trois symptômes, et elle demande une exploration spéciale, et parfois assez minutieuse, pour être constatée.

Or, quelle différence y a-t-il entre ces symptômes et ceux que l'on observe dans l'œdème des nouveau-nés? Aucune, si l'on excepte le cordon veineux qui n'a jamais été cherché, que je sache.

J'ajoute que très probablement on le cherchera souvent en vain et il y a trois raisons à cela : la première, c'est que le calibre des veines fémorales est évidemment très petit chez lui, non seulement relativement à celles de l'adulte, ce qui va de soi, mais même par rapport à ses autres vaisseaux, à cause du retard dans le développement que présen-

tent les membres inférieurs au moment de la naissance ; la seconde, c'est que, lorsqu'il existe, il est souvent masqué par l'œdème, qui ne le laisse bien constater chez l'adulte que lorsqu'il commence à décroître ; la troisième enfin, c'est que la thrombose veineuse peut siéger ailleurs, comme nous le verrons. Pour ma part, il me serait impossible d'affirmer que je l'aie perçu dans le seul cas où je l'ai cherché pendant la vie, et où cependant l'existence du caillot veineux a été démontrée par l'autopsie.

Examinons donc les trois autres symptômes fondamentaux, et recherchons quelles peuvent être les différences qui les distinguent. Pour éviter tout reproche possible de m'en laisser imposer par des apparences et de me laisser entraîner à une idée préconçue, j'emprunterai toutes mes descriptions à deux auteurs dont l'autorité ne sera pas contestée, et je confronterai les caractères assignés aux symptômes de la *phlegmatia alba dolens* par M. Troisier avec la description de l'œdème telle qu'elle se trouve dans l'article Nouveau-né du Dictionnaire encylopédique, par Depaul. De même que la thèse d'agrégation de M. Troisier pour la *phlegmatia*, l'article de Depaul peut être considéré comme un excellent exposé de l'état de la science au sujet de l'œdème des nouveau-nés, car il résume tous les travaux de ses prédécesseurs en les complétant et surtout en les débarrassant de tout ce qui ne concerne que le sclérème.

Symptôme œdème.

M. Troisier le décrit ainsi dans la *phlegmatia alba dolens :*

« L'œdème douloureux est toujours caractérisé à son début par un empâtement profond : les tissus offrent à la main une résistance souvent très prononcée (Graves), et c'est à peine si l'on parvient à laisser une empreinte sur la peau par une pression un peu forte et prolongée. L'œdème peut conserver cette rénitence pendant un temps fort long ;

cependant, à mesure qu'il s'accroît (1), il devient habituellement mou et apparaît dans le tissu cellulaire sous-cutané. On produit alors facilement avec le doigt une empreinte assez profonde. La mollesse de l'œdème paraît coïncider avec l'établissement de la circulation collatérale. La position qu'on donne au malade ne modifie pas notablement l'œdème » (Grisolle) (2).

Je passe sous silence ce qui a trait, dans la description de M. Troisier, aux rapports de l'œdème avec la douleur, ce qui doit être extrêmement délicat à établir chez le nouveau-né. Nous verrons d'ailleurs que le symptôme douleur, trop négligé jusqu'ici dans l'étude de l'œdème qui lui est propre, mérite d'y occuper une place tout aussi importante que dans la *phlegmatia.*

M. Troisier continue ensuite : « La progression de l'œdème ne se fait pas toujours de la même façon. L'infiltration est ascendante lorsque le thrombus, primitivement situé dans les ramifications veineuses des masses musculaires, se propage dans les veines de la racine du membre.

---

(1) Je suppose qu'il y a ici une simple erreur typographique et qu'il faut lire « décroît » au lieu de « s'accroît ». M. Troisier connaît trop bien la marche des épanchements de sérosité pour avoir voulu dire que la tuméfaction est d'autant moindre que cette sérosité est plus abondante. D'ailleurs la dureté de l'œdème doit dépendre en partie de la rapidité avec laquelle il se forme, avant que la peau ait eu le temps de céder plus ou moins à la distension. Voici du reste comment Churchill s'exprime à ce sujet : « Au commencement et au déclin de la maladie, le membre conserve la marque de la pression, mais lorsque la distension est très grande, il ne la conserve pas. Ainsi que l'a décrit le docteur R. Lee, dans quelques cas bien constatés de phlébite crurale, au début de la maladie, l'impression du doigt est restée sur différentes parties du membre, particulièrement le long du tibia. Mais à mesure que l'intumescence augmente, la marque de la pression cesse de se produire, jusqu'à ce que l'état aigu soit passé ».

(2) Même observation que ci-dessus au sujet de cette proposition beaucoup trop absolue de Grisolle. Lorsque la distention est excessive, la tuméfaction est la même partout ; mais aussitôt qu'il y a un peu de relâchement dans la compression que la sérosité épanchée subissait de toute part, celle-ci obéit comme partout aux lois de la pesanteur.

« L'œdème suit au contraire une marche descendante, il occupe tout d'abord la racine du membre et se propage de haut en bas, lorsque le caillot siège dans une veine volumineuse. »

Un peu plus loin : « L'œdème ne reste pas toujours limité au membre affecté. S'il s'agit du membre inférieur on voit quelquefois l'infiltration s'étendre à la paroi abdominale et même se montrer au bout d'un temps variable dans le membre du côté opposé ».

Voici maintenant le tableau, tracé par Depaul, de l'œdème chez le nouveau-né :

« Il survient peu de jours après la naissance, et quelquefois très rapidement dès le premier jour, au mollet, à la face postérieure des cuisses, aux mains et aux organes génitaux. La peau présente alors une teinte pâle, comme de la cire, elle conserve l'impressiou du doigt et elle est mobile... Si la maladie doit s'aggraver, l'infiltration se propage à des régions plus étendues, de préférence dans les régions les plus déclives et du côté où on couche l'enfant ;..... la peau est tendue et dure, sa mobilité devient moins évidente, l'impression du doigt est plus difficile à obtenir.....

« L'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire se fait suivant les mêmes lois que pour l'adulte, c'est-à-dire qu'il se produit dans les régions où le tissu cellulaire sous-cutané est le plus lâche, et dans les régions les plus déclives.....

« La tuméfaction des membres inférieurs se fait de haut en bas, celle du pubis se fait d'avant en arrière..... »

Il ne me paraît pas nécessaire de pousser plus loin l'analyse de ces deux descriptions pour montrer combien elles concordent et combien il serait facile de les substituer l'une à l'autre sans qu'aucun détail essentiel manquât ni d'un côté ni de l'autre. Il n'est pas jusqu'aux conséquences éloignées qui ne se reproduisent dans certains cas de la même manière. « L'œdème, dit M. Troisier, peut persister à un certain degré pendant plusieurs années. Quelquefois il se montre le soir autour des malléoles, longtemps après la disparition des

phénomènes aigus. » Et Depaul écrit : « Il peut y avoir des rechutes ; l'œdème disparu en grande partie peut reparaître et persister quelque temps encore ».

Occupons-nous maintenant de la douleur.

Symptôme douleur.

Sans continuer les citations textuelles qui finiraient par donner à ce mémoire une étendue par trop considérable, je puis montrer en quelques mots que ce symptôme est encore commun aux deux états pathologiques que je compare. Rien de plus simple pour qui voudrait vérifier mes assertions que de se reporter aux sources que j'ai indiquées.

La douleur bien connue qui accompagne la *phlegmatia* est tellement constante qu'elle fait partie essentielle du nom même de la maladie. Tout le monde connaît ses caractères, et notamment son apparition le plus souvent subite et sa localisation successive dans les points thrombosés.

Cette douleur existe aussi dans l'œdème des nouveau-nés, mais la plupart des auteurs n'y insistent pas suffisamment et ne la signalent qu'à l'occasion des cris qu'elle provoque chez l'enfant, « cris aigus, comme sifflants », dit Depaul. M. Bouchut s'y arrête néanmoins un peu plus. Voici ce qu'il en dit : « Les enfants paraissent souffrir beaucoup par cette maladie. Il poussent des cris singuliers dont le timbre et le caractère ont été remarqués par tous les médecins... Ce cri est aigu, isolé, faible et très fréquent ».

Ce que M. Bouchut, comme les autres auteurs du reste, ne fait pas assez ressortir, à mon avis, c'est le caractère de cette douleur qui la rapproche le plus de celle de la *phlegmatia*, à savoir, son exaspération au contact ou à la pression. Tout ce qu'il dit à ce sujet est contenu dans les deux lignes suivantes : « La sensibilité cutanée est conservée dans toute la surface du corps, et l'enfant témoigne parfaitement des sensations de douleur qu'on lui fait endurer ». Il y a plus que cela en réalité, et tout le monde peut s'assurer de la douleur

extrêmement vive que provoque la pression sur les parties atteintes. Il suffit pour cela d'observer ce qni se passe lorsqu'on pratique les opérations de frictions et surtout de massage conseillées en pareil cas. Même lorsque l'enfant est déjà plongé dans le coma qui ne tarde pas à se montrer dans les cas graves, par conséquant lorsqu'il ne fait plus entendre spontanément aucun cri, la pression exercée à pleine main sur les membres inférieurs le réveille immédiatement, lui fait ouvrir les yeux et lui fait pousser une série de cris dont l'intensité montre bien l'acuité de la douleur qu'il ressent, et qui ne s'interrompent plus tant que dure la malaxation.

Symptômes fournis par l'état de la peau.

On sait combien la coloration de la peau est peu constante dans la *phlegmatia*, et combien souvent l'épithète d'*alba* que l'usage lui a conservée se trouve démentie par l'observation clinique. Mais on sait aussi que ces variations sont en rapport avec la marche, l'intensité et l'étendue de la maladie. C'est ainsi que, d'un blanc mat au début, la peau présente des lignes bleuâtres lorsque les veines superficielles sont obstruées, qu'elle devient violacée lorsque ses capillaires sont remplis. Enfin Trousseau a signalé la teinte bleuâtre diffuse des orteils et du cou-de-pied qui, jointe à un abaissement considérable de la température, est l'indice d'une mort prochaine.

Or, voici la description de Depaul dans l'œdème des nouveau-nés : « Lorsque l'œdème est peu étendu, la peau présente une coloration pâle : on l'a comparée à la teinte de la cire.

« Lorsqu'il est plus étendu, on observe fréquemment une coloration bleuâtre, violette, livide, les téguments deviennent avant cela comme transparents..... Hennig dit qu'on observe quelquefois des sugillations ecchymotiques, punctiformes, plus rarement des ecchymoses ».

Tous les auteurs signalent enfin la teinte jaune qui vient

souvent se mêler à ces diverses colorations, et qui provient de l'ictère, complication fréquente chez les nouveau-nés atteints d'œdème.

Symptômes divers.

Parmi les autres symptômes qui accompagnent la *phlegmatia*, il n'en est qu'un que nous puissions mettre en parallèle avec ce qui se passe dans l'œdème du nouveau-né. C'est la température du membre malade.

Les avis sont très partagés sur ce point au sujet de la *phlegmatia :* ainsi, tandis que « pour Trousseau, on ne constaterait jamais, par l'application de la main, de modification thermique », si ce n'est à une période avancée, alors que l'issue doit être funeste, M. Bouchut au contraire « pense qu'il y a toujours élévation de la température au début et abaissement plus tard ». M. Damaschino aurait vérifié, au dire de M. Troisier, cette dernière assertion, et aurait « toujours constaté une augmentation de chaleur qui n'atteint en général que quelques dixièmes, plus rarement un degré ».

En résumé, on peut dire que l'élévation de la température, lorsqu'elle existe, est fort peu appréciable. Aussi ne saurions-nous être surpris du désaccord apparent qui se montre ici à propos de l'œdème des nouveau-nés. « Le phénomène le plus remarquable, dit Depaul, observé dans les cas où l'œdème est étendu est certainement le refroidissement..... Tous les auteurs en ont été frappés et y ont insisté..... Hennig dit qu'il a observé une chute de la température axillaire jusqu'à 22 degrés, de la température buccale jusqu'à 26 degrés. »

Ce n'est pas ici le moment de rechercher la cause de ce refroidissement. Il nous suffira de remarquer jusqu'à nouvel ordre que cet abaissement de température ne saurait infirmer l'idée d'une *phlegmatia*, car l'élévation thermométrique admise par quelques auteurs est trop peu de chose pour pouvoir compenser chez le nouveau-né, surtout chez le nouveau-né malade, et sa faible calorification, et l'insuffisance de sa

respiration dans les premiers jours, et l'état d'athrepsie qui trop souvent accompagne chez lui l'apparition de l'œdème.

Néanmoins, l'assimilation se retrouve encore si nous comparons le nouveau-né à l'adulte se rapprochant d'une terminaison funeste, et que Trousseau nous montre en proie à un refroidissement considérable, ainsi que je viens de le rappeler. Il n'y aurait là en définitive qu'une différence de temps, le nouveau-né, moins résistant que l'adulte, arrivant plus vite que lui aux symptômes graves, et en effet le nombre de ceux qui succombent est relativement très considérable.

Du reste, nous aurons bientôt à revenir sur ces points.

Comparons maintenant ces deux affections sous le rapport de l'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A ce point de vue, et en exceptant la thrombose veineuse que personne n'a encore soupçonnée dans l'œdème des nouveau-nés, la concordance des auteurs ne laisse rien à désirer. On en jugera par les deux citations suivantes :

M. Troisier : « Les parties qui ont été le siège de la *phlegmatia* laissent échapper à l'incision une certaine quantité de sérosité incolore ou légèrement jaunâtre. Quelquefois cette sérosité est retenue dans les mailles du derme et du tissu cellulaire qu'elle distend ; elle y semble figée (Trousseau). L'infiltration œdémateuse existe également au-dessous des aponévroses, dans les espaces intermusculaires ; les muscles n'en paraissent point pénétrés, mais ils sont mous et moins colorés. Elle occupe encore les gaines vasculaires dans les points où ces gaines sont pourvues de tissu conjonctif lâche.

« Dans les cas où l'œdème n'était pas très marqué pendant la vie, on peut à peine exprimer du tissu cellulaire quelques gouttes de sérosité.

« Le liquide infiltré dans les mailles du tissu conjonctif offre la même composition que celui de l'anasarque ; quel-

quefois cependant il est légèrement fibrineux. Mais ce n'est jamais à proprement parler un exsudat inflammatoire. »

Depaul : « Si on incise la peau dans les régions œdématiées, on trouve généralement une dilatation des capillaires qui laissent sourdre tout d'abord du sang noir et fluide, puis la sérosité en quantité plus ou moins abondante. On peut quelquefois en recueillir plein une éprouvette. Cette sérosité est épanchée dans le tissu cellulaire sous-cutané, et aussi dans la partie la plus profonde du derme, où les vésicules graisseuses sont quelquefois séparées, comme disséquées. La plupart des auteurs pensent que là se borne l'infiltration des tissus ; cependant quelques anatomistes ont dit que l'infiltration dépassait la limite de l'aponévrose superficielle et qu'on la rencontrait encore dans le tissu cellulaire intermusculaire. C'est un point qui reste à démontrer ».

M. Bouchut est beaucoup plus explicite à cet égard. Voici sa description : « La couche de tissu cellulaire qui double immédiatement la peau est également endurcie et formée de granulations adipeuses, distinctes, un peu dures, semblables aux granulations du tissu adipeux des nouveau-nés morts de toute autre maladie. Au-dessous de cette couche de tissu cellulaire s'en trouve une autre dont les mailles retiennent une quantité plus ou moins considérable de sérosité demi-transparente, qui s'écoule en partie à l'extérieur au moment de la section. Un liquide semblable est renfermé dans le tissu cellulaire des interstices des muscles ».

J'ai maintesfois constaté pour ma part l'exactitude de cette dernière description, et j'ai toujours trouvé la sérosité épanchée dans l'épaisseur des membres œdématiés, absolument comme cela a lieu dans la *phlegmatia*. On voit par suite combien les premières constatations nécropsiques sont identiques dans les deux cas. Il ne manquait plus, pour compléter l'anatomie pathologique de l'œdème des nouveau-nés et pour l'assimiler entièrement à celle de la *phlegmatia*, que de trouver dans la première le thrombus veineux. Ne suis-je pas en droit, puisque je l'ai constaté une fois, de dire que cette fois-

là tout au moins je me trouvais bien en présence d'une véritable phlegmatia?

Mais achevons notre parallèle en le considérant au point de vue de l'étiologie. *(A suivre.)*

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR LES

ÉCOULEMENTS DE LIQUIDE PROVENANT DE L'UTÉRUS (1)

Par MM. **Albert Leblond**, médecin de St-Lazare,
et **Baudier**, interne du service.

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement, dans notre service de St-Lazare, une malade dont l'histoire intéressante nous semble devoir être rapportée en détail.

Il s'agit d'une femme qui fut prise, lors de son entrée à l'infirmerie, de douleurs internes simulant les douleurs de l'accouchement et qui rendit une abondante quantité de liquide séreux, mais n'expulsa ni fœtus, ni placenta, ni membranes.

L'expulsion de ce liquide nous a suggéré quelques réflexions médico-légales que nous croyons intéressant de soumettre à la compétence de la Société de médecine légale.

Voici l'observation de la malade :

C'est une jeune femme de 24 ans, née à la campagne, vigoureuse, bien constituée, habitant Paris depuis plusieurs années, et vivant selon les hasards de l'existence, tantôt comme domestique, tantôt comme prostituée clandestine. C'est comme telle qu'elle est venue le 1er mars dans le service du Dr Leblond, après avoir été arrêtée le 28 février, examinée à la Préfecture et reconnue atteinte de syphilis.

Elle a été réglée à 11 ans, régulièrement jusqu'à 19 ans, époque où elle eut un accouchement à terme d'un enfant encore vivant aujourd'hui. Vers le commencement du second mois de cette grossesse elle fut atteinte de syphilis et traitée à l'hôpital St-Louis par

(1) Mémoire lu à la Société de Médecine légale, le 7 novembre 1887.

le Dr Fournier. L'enfant nourri par elle au sein jusqu'à 26 mois n'a jamais présenté de manifestations de syphilis. La mère resta bien portante pendant 3 ans, à part quelques syphilides pour lesquelles elle se présenta par intermittences à la consultation de Saint-Louis.

En 1884, elle fut prise de douleurs de ventre très violentes, obligée d'entrer à l'hôpital et traitée dans le service du Dr Fournier pour une métrite. On lui appliqua, dit-elle, plusieurs vésicatoires; quand elle sortit du service, M. Fournier lui fit donner une ceinture. Il m'a été impossible de déterminer par les réponses de la malade, la cause de cette métrite. Elle n'a pas su me dire quel était l'état de sa menstruation entre l'époque de son accouchement et celle de sa métrite.

Elle continua à fréquenter la consultation de St-Louis pendant la fin de 1884; on lui aurait à ce moment cautérisé une ulcération du col. En 1885, obligée d'aller à la campagne, elle suspendit tout traitement; les douleurs de ventre prirent alors une intensité considérable, telle que la patiente, d'après ses dires, était obligée de marcher courbée en deux.

Pendant toute cette année de 1885 et le commencement de 1886 les règles avaient complètement disparu, le ventre était extrêmement ballonné. Du reste pas de vomissements, l'état des seins ne s'était pas modifié, et la malade n'eut pas un instant l'idée de se croire enceinte. L'écoulement sanguin ne reparut que dans les derniers jours de mai 1886, pendant le retour de la malade à Paris. Elle revenait du midi de la France et passa plus de 24 heures en wagon.

Son premier soin à Paris fut de se présenter à la consultation de St-Louis; son ventre était à ce moment tellement développé que le Dr Fournier lui aurait, dit-elle, tout d'abord demandé si elle venait accoucher. Elle fut reçue dans le service. L'écoulement dura 15 jours, ne fut nullement douloureux, cessa petit à petit et le ventre reprit son volume normal. J'ai pu retrouver à St-Louis la trace de son passage, et je cite ici l'observation que je dois à l'obligeance de mon maître le Dr Fournier, dont la complaisance est connue de tous.

« Entrée le 29 mai 1886 pour une gomme périostique du tibia : On constate au niveau du 1/3 supérieur de la face interne du tibia droit une tumeur molle fluctuante qui semble faire corps avec le périoste. En outre on constate des syphilides papulo-érosives sur

les cuisses, mais en petite quantité. Des cicatrices de syphilides ulcéreuses se trouvent autour des parties génitales, lesquelles sont très pigmentées. Syphilides pigmentaires du cou, pas de lésions buccales. La syphilis date de 3 ans. Pas d'antécédents héréditaires. »

On voit que cette observation n'a malheureusement été prise qu'au point de vue de la syphilis ; il n'y est pas même fait mention de son séjour antérieur dans le service, et du reste je n'ai pas retrouvé l'observation relative à ce premier séjour, qui m'eut éclairé sur l'étiologie et la nature de sa lésion utérine.

Elle sortit de St-Louis aussi bien guérie que possible de ses accidents syphilitiques et utérins. Mais les règles ne revinrent pas au mois de juin, et leur disparition dura jusqu'au mois d'octobre. La malade qui s'était habituée à cet état et n'en souffrait pas, avait repris ses occupations ; pas un instant elle n'attribua ce retard à une grossesse que rien autre ne pouvait faire supposer. Les règles venues en octobre durèrent jusqu'au 17 novembre 1886. Elles ne reparurent point les mois suivants, mais cette fois l'état général de la malade fut bien modifié : elle fut prise de vomissements incoercibles. M. Fournier, qu'elle continuait à voir à la consultation externe, supprima même, en raison de ces vomissements, le traitement par l'iodure de potassium qu'il lui faisait suivre depuis sa sortie du service. Malgré cette suppression les vomissements continuèrent. D'un autre côté les seins commencèrent à se développer, le ventre grossit rapidement. Si bien qu'au mois de février 1887 la malade avait la conviction profonde qu'elle était enceinte.

Elle fut arrêtée le samedi 28 février ; le lundi suivant, à la visite à la Préfecture de police, elle fut examinée au spéculum. Cette exploration, dit-elle, fut douloureuse et amena un écoulement de sang. Cet écoulement de sang continua toute la journée : le mardi elle perdit de l'eau. Le soir, elle fut amenée à St-Lazare dans la voiture cellulaire. Elle y perdit tant d'eau que son linge et sa robe en furent complètement traversés. Les cahots de la voiture déter-

minèrent de violentes coliques. Toutes les apparences étant en faveur de l'imminence d'une fausse couche de 4 mois environ, l'interne de garde fit donner à la malade un lavement laudanisé. Mais, dans la nuit, les douleurs continuèrent et il s'écoula une quantité d'eau telle que 2 matelas furent traversés et qu'une terrine placée sous le lit fut remplie.

La malade avait été placée dans le service du Dr Leblond. Celui-ci n'étant pas venu le mercredi matin, ce fut le Dr Bourreau qui l'examina, il conclut à une fausse couche et crut même sentir une partie fœtale sortant du col. La perte d'eau continua dans la journée, mais moins abondante et sans que l'accouchement parût vouloir se faire. Le jeudi matin M. Leblond trouva le col rigide, sans dilatation.

L'écoulement cessa totalement dans la journée ainsi que les douleurs. Le vendredi soir elle fut prise d'une syncope pour laquelle je fus appelé. L'état syncopal cessa rapidement, et je constatai à cette occasion que le ventre était souple, indolore et que la palpation ne donnait nullement la sensation d'un utérus gravide.

Le samedi, frisson, fièvre violente, 40° le soir ; les infirmières prétendent qu'elle rend par le vagin des liquides fétides.

Dimanche matin, 39°; soir, 39°,5; la langue est saburrale, un vomissement s'est produit dans la nuit. Le ventre est très douloureux spontanément et à la pression dans toute sa partie inférieure jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les mouvements spontanés sont presque abolis par crainte de la douleur. Au toucher le col est assez long, dur, et présente des bosselures. Les culs-de-sac postérieur et latéraux sont vides, le cul-de-sac antérieur présente une tumeur dure, douloureuse faisant manifestement suite avec le col et qui est le corps de l'utérus. Pas de dilatation du col. Les liquides ne présentent qu'une très légère odeur. Du reste, depuis le début des accidents, M. Leblond a fait pratiquer des injections antiseptiques, le sulfate de quinine a été donné à haute dose, des cataplasmes laudanisés ont été maintenus sur le ventre.

Les jours suivants la fièvre tomba peu à peu, mais l'état général resta toujours mauvais, le ventre très douloureux et l'écoulement vaginal odorant. Le 13 mars, je voulus rechercher s'il ne restait pas, dans l'utérus, quelque corps dont la putréfaction causât les complications qui se déroulaient depuis 10 jours. Voici le résultat de cet examen, que je pratiquai avec mon collègue, M. Batuaud :

Au toucher: col effacé, la tumeur du cul-de-sac antérieur est manifestement la suite du col. Il est impossible de limiter en haut l'utérus à cause de la douleur qui est encore assez grande à la pression. Rien dans les culs-de-sac postérieur et latéraux.

Au spéculum: traces d'ectropion ancien des deux lèvres. L'hystéromètre auquel je donne une courbure un peu plus prononcée que d'ordinaire, pénètre assez facilement à une profondeur de 8 centimètres; il est assez mobile dans l'intérieur de la cavité. En lui faisant faire quelques mouvements il me semble percevoir à la partie postérieure une sensation de contact qui n'est pas celle que donne d'ordinaire la muqueuse utérine. L'orifice du col n'étant pas suffisamment dilaté pour laisser passer une curette, je pratique une dilatation lente et douce avec le dilatateur de Pajot. Je le remplace par la curette mousse de Gaillard Thomas que je dirige avec beaucoup de précaution vers la partie qui me semblait suspecte. Je ne ramenai qu'un lambeau de membrane ayant toute l'apparence de la muqueuse hypertrophiée et ramollie; l'examen histologique n'en n'a pas été fait. La curette dirigée en 2 autres points de l'utérus ne me ramena que des débris semblables. Les seins étaient durs et donnaient du lait en grande quantité.

L'amélioration continua à se produire petit à petit. La fièvre disparut complètement le 15, et la malade commença à manger. Elle garda le lit jusqu'à la fin du mois.

Les règles parurent le 7 avril, avec douleurs, et durèrent près de 15 jours. Le sang était peu coloré. Pendant tout ce temps, le ventre fut douloureux et la marche difficile. Il y eut un peu de tympanisme. Le 20 avril, le Dr Leblond pouvait passer l'hystéromètre et trouvait 7 centimètres.

L'état général fut excellent à partir de ce moment, la malade reprit de l'embonpoint, les lésions syphilitiques, qui étaient celles déjà mentionnées dans l'observation de St-Louis : gommes des jambes, syphilides ulcéreuses de la face interne des cuisses, s'améliorèrent sous l'influence du traitement spécifique.

Le 14, les règles sont revenues sans douleur; elles ont été précédées pendant quelques jours de vomissements qui ont disparu au moment de leur apparition.

Le 19, les règles étant terminées, M. Batuaud et moi constatons l'état local suivant :

Toucher. — Col court, lèvre antérieure hypertrophiée, trois bos-

selures à chaque lèvre. Orifice externe béant. Culs-de-sac libres. Cul-de-sac droit un peu douloureux. Rien aux ovaires qui ont leur volume normal et leur position.

Spéculum. — Col volumineux, rouge, utérus en légère rétroversion : 7 c. 1/2 à l'hystéromètre.

Mais ce qui nous frappe le plus, c'est que la malade nous montre ses seins encore gorgés de lait, tellement qu'il jaillit à la moindre pression. Et cela 2 mois 1/2 après ses accidents, alors que jamais elle n'avait eu quoi que ce soit de semblable lors des rétentions de règles antérieures.

15 juin. — Exeat. La malade ne présente plus rien à signaler.

En résumé, nous nous trouvons en face d'une syphilitique affectée depuis 3 ans de métrite et ayant présenté depuis cette époque trois périodes d'aménorrhée séparées l'une de l'autre par une métrorrhagie d'une durée plus ou moins longue.

Les deux premières de ces périodes d'aménorrhée n'offrent rien de bien remarquable, et les métrorrhagies qui les suivent, à la durée près, ne sont que des règles normales. Au contraire, la dernière période d'aménorrhée, commençant en novembre 1886, cause à la malade l'illusion complète d'une grossesse. Remarquez que cette femme a déjà eu un accouchement et que, par conséquent, elle sait très bien à quoi s'en tenir sur les phénomènes subjectifs concomitants de la grossesse. Ils y sont tous : augmentation graduelle du volume du ventre, développement des seins, vomissements incoercibles. C'est donc de très bonne foi qu'elle peut se croire enceinte, et quand elle est blessée par le spéculum, que le sang coule, qu'elle perd des eaux, qu'elle ressent des douleurs expulsives, elle a toutes raisons de croire qu'elle va faire une fausse couche. Cette idée est tout d'abord partagée par le médecin qui la voit, et ce n'est qu'au bout de 2 jours, quand la perte des eaux est arrêtée, les douleurs expulsives terminées sans expulsion d'aucun corps solide, que le médecin, devant un col fermé, un utérus revenu sur lui-même, acquiert la certitude qu'il n'y a pas eu de fœtus dans l'utérus. Il n'est pas possi-

ble d'objecter que l'accouchement a pu se faire clandestinement et que la mère a fait disparaître le produit, puisque toute la scène s'est passée à la Préfecture et à l'Infirmerie de St-Lazare, devant un personnel défiant et éclairé. Du reste la mère n'avait aucun intérêt à tenter une suppression de part. Les suites ne sont pas moins singulières : l'écoulement terminé, la fièvre se déclare et avec elle tous les symptômes d'une métrite aiguë : tuméfaction, douleur intense, écoulement fétide. Autant de raisons pour faire supposer la présence dans l'utérus de débris en train de subir la résorption putride. Le curetage ne ramène rien, et sans expulsion d'aucun corps solide, la fièvre tombe et, en 3 semaines, la malade se trouve à peu près complètement rétablie. Les règles même reparaissent 38 jours après le début des accidents, puis viennent régulièrement le mois suivant sans douleur. Enfin la sécrétion lactée qui s'était établie au moment de ce pseudo-avortement persiste encore 2 mois après.

Somme toute, en présence de quels accidents nous sommes-nous trouvés dans ce cas ? A laquelle des affections occasionnant un écoulement d'eau par le vagin devons-nous rattacher ce fait ?

L'hydrorrhée est l'écoulement abondant d'un fluide aqueux par l'orifice utérin, l'hydrométrie la tumeur formée par la rétention de ce fluide dans la matrice. Elles ne peuvent provenir que d'une hypersécrétion de la muqueuse utérine. Qu'il existe un obstacle au niveau du col à l'écoulement de ce liquide, l'hydrométrie est constituée. Cet obstacle pourra provenir de plusieurs causes, la plus ordinaire est l'atrésie du col. Cette atrésie susceptible de produire l'hydrométrie, se produisant en général après la ménopause, c'est aussi à cette période de la vie que l'on rencontre le plus souvent l'hydrométrie. Une cause d'atrésie, qu'il serait possible d'invoquer ici, est une atrésie cicatricielle ; on sait que ces atrésies peuvent se produire à la suite de cautérisation du col. C'est bien l'opération qu'a subie la malade à St-Louis et qui a précédé toutes les manifestations d'aménorrhée. Nous devons

donc tenir compte de cette hypothèse. Le col peut encore être obstrué par un polype, par une tuméfaction anormale de la muqueuse, un kyste de l'épaisseur de ses parois, une flexion très prononcée ou la pression d'une tumeur extérieure telle qu'un kyste de l'ovaire. Il est évident qu'aucune de ces dernières hypothèses ne peut être admise dans le cas présent, il n'y avait certainement pas d'obstacle permanent dans le col puisqu'à trois reprises différentes on a pu sans difficultés introduire l'hystéromètre.

On peut cependant admettre que l'isthme, au lieu d'être oblitéré, est seulement obstrué par une tuméfaction passagère et que cet obstacle mécanique peut empêcher momentanément la sortie du mucus de la cavité utérine. Cet obstacle vient-il à céder par suite des mouvements, des variations de pression, des contractions musculaires, il peut y avoir des rétentions et des évacuations alternatives de liquides séreux, quelquefois en très grande quantité. Courty cite plusieurs observations de cette maladie qu'il intitule hydrométrie et hydrorrhée alternant avec des ménorrhagies (1). Mais, dans ces faits, il constatait d'une façon constante une grande dilatation de l'utérus. Ici, le cas a été bien unique et rien ne fait prévoir qu'il doive se reproduire. Churchill, dans son traité des maladies des femmes, rapporte deux observations avec autopsie de cas d'hydrométrie. Dans le premier, on trouva 10 litres de liquide et une atrésie complète du col, mais c'était chez une vieille femme de 65 ans. Le 2e cas se rapproche assez du nôtre pour que je me permette de le transcrire.

Une femme agée de 36 ans, mère de 2 enfants dont le plus jeune avait 9 ans, était retenue au lit depuis 4 mois par une tumeur développée dans la région de l'utérus. Cette femme avait une constipation opiniâtre, de la fièvre hectique et elle était considérablement maigrie. En l'examinant, M. Coley trouva une tumeur irrégulière et douloureuse dans l'hypogastre, ressemblant à l'utérus au

(1) COURTY. *Traité des maladies de l'utérus*, p. 959.

6e mois de la grossesse, très sensible au toucher, dure et proéminante à gauche, plutôt molle et élastique du côté droit de l'abdomen. La douleur était lancinante, continue, variable dans son intensité. L'orifice utérin était sain et légèrement dilaté, le col était oblitéré et offrait la longueur d'un centimètre 1/2 environ. Les parties environnant l'utérus distendu et qu'on pouvait atteindre avec le doigt, étaient d'une dureté pierreuse, inégales, très douloureuses surtout à gauche. Le vagin était excessivement sensible, et, pendant le 4me mois, donnait issue à un liquide foncé, épais et irritant, contenant des débris membraneux.

La menstruation avait cessé, les seins avaient grossi et étaient devenus plus fermes ; suivant le récit de la malade, la tumeur avait débuté depuis un an et demi, le ventre avait graduellement augmenté de volume, les règles avaient cessé de paraître ; elle s'était crue enceinte.

Après 7 ou 8 mois depuis le début, il était brusquement survenu un écoulement de liquide irritant avec des portions de membranes, l'utérus avait tout à coup diminué de volume. En mars, M. Coley revit la malade, et put constater, par le vagin, de la fluctuation dans l'utérus. A la fin de mars dernier il y eut une légère hémorrhagie précédée par l'expulsion d'une membrane épaisse. Vers le milieu de mai survint une péritonite accompagnée de purpura et la malade mourut le 15 mai.

Autopsie pratiquée le 17 mai. — Amaigrissement extrême, épaississement énorme de la membrane séreuse. Adhérences de l'épiploon et du péritoine pariétal à la surface de l'utérus, surtout au niveau de cette partie qui, pendant la vie, paraissait dure et irrégulière. Péritonite manifeste. La portion fibreuse du corps de l'utérus est tellement altérée qu'elle n'est pas plus épaisse qu'une vessie de bœuf, et, dans certains endroits, elle est complètement détruite par une ulcération qui avait débuté par la muqueuse. Une légère pression dans un point où le péritoine faisait seul paroi, la séreuse se rompit ; il s'échappa alors un liquide ténu, de couleur foncée, ressemblant à celui qui s'échappe d'un intestin ulcéré, contenant des portions de lymphe coagulée ; la quantité pouvait en être évaluée à trois pintes environ.

La paroi utérine très mince avait perdu toute consistance et toute élasticité. Toute la surface interne était dans un état de ramollissement très marqué. Le col utérin était oblitéré par un

bouchon gélatineux analogue à celui de la grossesse. Les parois utérines, à ce niveau, étaient épaisses et comme consolidées par une masse tuberculeuse d'une structure homogène, sans ces prolongements fibreux d'aspect cartilagineux, ni les irrégularités qui caractérisent les tumeurs squirrheuses.

Les analogies sont évidemment nombreuses, mais il y a loin encore de cette perte survenant, brusquement, au 7[e] mois, du cas de Churchill, à la scène complète d'avortement que présenta notre malade (1).

Nous n'avons pas à nous arrêter à l'hydrorrhée symptomatique du cancer du col, puisqu'il n'y a pas de cancer, ni à l'hydropisie de l'amnios, puisqu'il n'y a pas de fœtus dans l'utérus, ni à l'ouverture intra-utérine d'un kyste de la trompe ou de l'ovaire, puisque nous avons trouvé les ovaires sains et que l'organe affecté a été l'utérus. On ne peut pas dire non plus qu'une tumeur ovarienne ou kystique des ligaments s'est ouverte dans un des culs-de-sac, le spéculum, sans chercher d'autre raison, nous a démontré qu'il n'y avait aucune perforation. Une tumeur fibro-kystique de l'utérus aurait laissé des traces que nous aurions retrouvées dans nos examens successifs. Je repousserais peut-être moins l'hypothèse d'une tumeur hydatique vraie de l'utérus. On peut admettre que le liquide se soit écoulé de l'utérus, tandis que la membrane d'enveloppe très mince restait d'abord adhérente à la muqueuse et produisait ensuite par sa putréfaction la métrite aiguë et la fièvre qui ont suivi l'écoulement du liquide. Mais pour donner une base solide à cette hypothèse, il aurait fallu rechercher les crochets dans le liquide, et l'examen histologique n'a pas été fait.

Mais de toutes les affections utérines, celle qui donne l'ensemble symptomatique le plus semblable à celui que nous avons observé, est la môle.

Nous n'avons pas à nous occuper de la môle charnue, mais seulement de la môle hydatiforme ou vésiculaire. On sait

---

(1) CHURCHILL, p. 285. Trad. de DUBRISAY et WIELAND.

que la môle est une masse informe rendue par l'utérus et qu'elle est, en général, un produit de conception dégénéré. La môle hydatiforme est constituée par un ensemble de vésicules renfermant dans leur intérieur un liquide limpide, clair, incolore souvent, mais présentant parfois une teinte rosée due à ce que l'hématine des caillots qui entourent les vésicules s'est dissoute et a pénétré à travers les parois. On n'y trouve pas de globules sanguins, on obtient par précipitations de l'albumine ou de la mucine. La môle peut prendre un développement considérable et renfermer plusieurs litres de liquide.

Sa production est due en général, d'après Hirtzmann (1), à l'endométrite chronique, ce qui conviendrait bien à notre cas ; ce serait, d'après Robin, une hydropisie des villosités choriales. Quoi qu'il en soit de son origine, son développement graduel simule complètement une grossesse : les règles sont supprimées, l'abdomen augmente de volume et l'on sent distinctement une tumeur utérine ; les seins se développent et un liquide séreux, clair, analogue à du lait, est sécrété par les glandes. Il se produit de la salivation et des malaises. En général, la santé de la malade n'éprouve pas de grands troubles et les inconvénients qu'elle accuse ne sont pas plus considérables que ceux de la grossesse.

A un moment, qui est tout à fait incertain, il se produit un travail d'avortement ; d'ordinaire, c'est du 4e au 6e mois, mais ce peut être beaucoup plus tard et la gestation peut se prolonger pendant des années. Des mucosités s'échappent par le vagin, des contractions utérines douloureuses surviennent, une hémorrhagie plus ou moins abondante a lieu et, après un certain temps, la môle est expulsée. La terminaison est d'ordinaire heureuse et ne diffère en rien de celle d'une grossesse ordinaire. Dans les quelques jours qui suivent l'accouchement, l'utérus revient rapidement sur lui-même. Il se fait un écoulement lochial de bonne nature et la femme se rétablit. Les anciens pensaient que la sécrétion

(1) HIRTZMANN (Thèse de Paris).

lactée ne se faisait pas, mais, dans le plus grand nombre des cas, elle se fait au contraire très abondamment. Presque partout on trouve noté le gonflement des seins qui apparaît comme à l'état normal, avec ou sans accompagnement de fièvre, la sécrétion du lait ne tarde pas à s'établir, dure 8 à 15 jours et se tarit peu à peu. Mais souvent les écoulements lochiaux sont de longue durée, fétides, renferment des débris de membranes et même des vésicules. L'utérus met longtemps à revenir sur lui-même, les hémorrhagies reparaissent par suite de rétention de petites parties de la môle. On voit survenir de l'endométrite, de la fièvre puerpérale.

C'est bien là le tableau fidèle des accidents que nous a présentés notre malade. Pour admettre l'hypothèse de môle, il ne nous manque qu'un seul symptôme, c'est l'expulsion de cette môle. Nous avons eu du liquide en abondance, mais par la moindre membrane. Peut-on admettre qu'elle ait été résorbée ou qu'elle ait subi la fonte purulente en causant les accidents d'endométrite ? Il faudrait, pour cela, supposer qu'elle était bien mince et bien adhérente. Rien dans ce que j'ai lu à ce sujet ne me donne le droit de le faire.

En définitive, je reste hésitant entre le kyste hydatique vrai, la môle hydatiforme et l'hydrométrie avec liquide séreux, provenant de métrite catharrhale, retenu par une atrésie cicatricielle du col. On peut même admettre que cette atrésie a été définitivement vaincue par la dilatation faite avec le dilatateur de Pajot lors de la première exploration que j'ai faite. C'est ce qui expliquerait que, depuis cette époque, les règles sont revenues régulièrement. J'ai déjà dit pourquoi nous n'avions pas à examiner l'hypothèse d'un avortement, pourtant la plus naturelle de toutes ; il y a eu surveillance continuelle de la part d'un personnel très nombreux. Il faut donc en écarter absolument la possibilité.

Mais supposons que toute cette série d'accidents ne se soit pas passée en public et que cette fille ait été prise chez elle, dans sa chambre d'hôtel, de ce qu'elle croyait si bien elle-même, être une fausse couche. Pour elle et ses voisines elle est en-

ceinte, on a remarqué son ventre, sa démarche ; tout d'un coup en revenant, on ne sait d'où, elle se met à perdre du sang, puis de l'eau, des coliques surviennent, elle se couche, crie, une voisine charitable arrive, on ne va pas chercher la sage-femme ou le médecin qu'il faudrait payer, la malade a horreur de l'hôpital, elle reste donc chez elle, soignée un peu par l'une, un peu par l'autre; les jours se passent, les coliques et l'écoulement disparaissent, le ventre s'affaisse et, au bout de 3 semaines à 1 mois, la patiente sort de sa chambre pâle, amaigrie et le ventre plat. Quelles vont être les suppositions de ses bonnes amies et connaissances ? Elle était enceinte, elle ne l'est plus, qu'est devenu le produit ? On s'informe, rien n'est sorti de la chambre que du linge sanglant et couvert de pus. Mais alors, qu'a-t-elle fait de l'enfant ? Lettre anonyme au parquet, descente de justice, interrogatoire. Toutes les apparences étant contre la malheureuse, on l'envoie en prison et on commet un expert à son examen. Ne croyez-vous pas que le rôle du médecin légiste ne sera pas singulièrement délicat ? Je suppose que c'est hier qu'il a dû pratiquer l'examen, c'est 2 mois 1/2 après l'époque indiquée dans la lettre anonyme comme étant la date de l'avortement, eh bien, que trouve-t-il ? Je n'ai qu'à me reporter au dernier examen que j'ai fait de la malade le 17 mai :

Vergetures du ventre et des cuisses, pigmentation de la ligne blanche, ce qui est tout naturel puisque la femme est accouchée une première fois il y a 5 ans. Col présentant des traces de déchirures anciennes, utérus de 7 centimètres 1/2 de profondeur. Seins durs et sécrétion lactée encore abondante.

Alors il la questionnera, et elle, se sentant la conscience bien tranquille, lui dira tout ce qu'elle a éprouvé : suppression des règles depuis 4 mois, vomissements, grossissement du ventre ; à la suite d'une course, elle ne se souvient plus où, une perte est survenue, puis elle a perdu des eaux, mais pas le moindre caillot, pas de fœtus, elle le jure ; tout s'est borné à une perte d'eau et son ventre est redevenu ce qu'il était avant.

Croyez-vous que le médecin légiste habitué à entendre tous les jours les mensonges les plus impudents acceptera ce récit ? En son âme et conscience il dira que, selon toute probabilité, une fausse couche de 3 à 4 mois s'est produite dans le mois de mars.

L'instruction se poursuit, et, si la malheureuse n'est pas accusée de complicité d'avortement, elle reste tout au moins sous le coup d'une accusation de suppression de part. La voisine obligeante qui lui aura apporté une tasse de bouillon et donné son linge à la blanchisseuse, aura bien des chances d'être elle-même poursuivie comme sa complice.

Je ne crois pas que le cas se soit déjà présenté, mais on voit qu'il n'a rien d'impossible. Devergie (1) a examiné le cas assez semblable des môles et je ne puis mieux faire que de transcrire ce chapitre magistral :

« Quels sont les états ou maladies avec lesquels on peut confondre les suites de l'accouchement ? De toutes les affections de l'utérus, rien ne simule mieux les suites de couches que l'expulsion d'une môle, de même que l'existence d'une môle simule la grossesse ; douleurs utérines, évacuations sanguines ayant rarement, il est vrai, l'odeur des eaux de l'amnios, mais pouvant cependant la présenter ; contractions de l'utérus, dilatation des parties génitales, quelquefois déchirure de la fourchette, fièvre de lait, mais sans sécrétion de ce fluide ; lochies, relâchement des muscles abdominaux, gerçures ou vergetures de la peau des cuisses ; dans quelques cas, en un mot, tous les phénomènes et toutes les suites de l'accouchement.

« Il résulte de là qu'on pourrait confondre cet état avec l'accouchement réel. Dans cette supposition, voyons quel serait le genre de crime dans lequel la méprise serait préjudiciable : ce serait le cas de supposition de part ou celui de la recherche de la maternité. Car l'existence d'une môle aura pu développer tous les caractères d'une grossesse et par suite

(1) DEVERGIE. *Traité de médecine légale*, t. I.

d'un accouchement. Le médecin doit donc se tenir en garde contre de pareilles analogies.

« Pourrait-on faire la même supposition à l'égard du crime d'infanticide ? Il faudrait alors admettre qu'une personne serait assez perfide pour profiter du moment où une femme aurait rendu une môle pour l'accuser du crime d'infanticide, ce qui n'est pas probable, mais qui cependant est possible. Mais la femme qui fera une déclaration sur l'expulsion d'une môle qu'elle peindra d'une façon plus ou moins exacte, peinture qui ne peut être simulée, fera assez connaître au médecin qu'elle est exacte dans son dire.

« Il n'en est pas de même dans la supposition de part ; ici tout est secret : la femme a d'abord tiré parti des symptômes d'une grossesse, qu'elle regarde comme réelle, pour lui donner quelque publicité. Puis, c'est au moment ou, trompée dans son attente, et, lorsqu'elle croyait retirer de sa position des avantages réels, qu'elle profite de l'état dans lequel elle se trouve pour supposer la naissance d'un enfant. Alors, combien une pareille machination est difficile à conduire à sa fin ! Si elle croit à sa grossesse elle ne cherche pas à cacher son accouchement et alors il faut qu'il se fasse devant complices. Enfin il est rare que des môles soient expulsées à 9 mois.

Evidemment tout cela est très juste quand on a affaire à une môle bien caractérisée, encore bien qu'il me semble assez délicat pour le médecin légiste de baser ses conclusions sur la description fantaisiste que la malade, qui peut être stylée, fera du produit de son accouchement. Mais comment Devergie eût-il agi dans le cas présent ? Nous avons eu tous les signes d'une fausse couche et aucun produit solide à décrire.

Je me permets de relever encore cette phrase : « *il faudrait alors admettre qu'une personne serait assez perfide pour profiter du moment...* » Hélas, ma position à St-Lazare, me permet de dire que ces perfidies sont bien fréquentes et que les dénonciations sont aussi nombreuses que souvent peu

fondées. Il y a quelques mois j'ai vu rester 30 ou 40 jours en prévention d'infanticide une malheureuse fille arrêtée sur dénonciation de sa concierge, je crois. Cette fille était syphilitique et M. Le Pileur et moi, en l'examinant, pûmes constater, par l'aspect du ventre et de l'utérus, qu'elle n'avait jamais eu d'enfant. Là il n'y avait pas même eu un semblant d'avortement et la dénonciation avait pourtant porté ses fruits. Vous voyez par là combien grave serait la situation de la femme qui nous a servi ici de sujet. Et la période dangeureuse ne dure pas seulement pour elle un jour, car l'examen médical pratiqué depuis la semaine qui a suivi son accident jusqu'à aujourd'hui aurait constamment été, sinon complètement défavorable, au moins nullement justificatif.

REVUE GÉNÉRALE

Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement (1).

III

UTÉRUS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Lorsqu'on a l'occasion de faire l'autopsie d'une femme morte soit immédiatement après, soit dans les douze heures qui suivent l'accouchement, on trouve l'utérus encore volumineux (fond au voisinage de l'ombilic), généralement antéfléchi, divisé en *deux portions distinctes* (Bandl, planche 3; Bayer, planche 25, fig. 10; Schröder et Stratz, planche 5).

a) Le fond et le corps proprement dit, sous forme d'un globe régulier, dur, légèrement aplati d'avant en arrière (globe de sûreté), sont en *systole*.

b) Puis appendu à ce globe contracté et faisant avec lui un angle ouvert en avant, est une espèce de sac long et flasque qui pend dans le vagin « comme une portion restante du gros intestin

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet et novembre 1887.

tronqué » (Levret). Toute cette portion est en *diastole*, et en y faisant pénétrer profondément le doigt, on se sent arrêté à une certaine distance de l'orifice externe par une sorte d'anneau résistant formant diaphragme qui ferme la cavité utérine proprement dite.

Cherche-t-on à décoller le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, on voit qu'il ne devient complètement adhérent à la trame utérine qu'à une distance de 7 à 10 cent. au-dessus de l'orifice externe, là où se trouve précisément le diaphragme dont il vient d'être question.

La distinction des 2 portions devient encore plus évidente sur une coupe ouvrant l'utérus suivant la ligne médiane antérieure.

On voit alors qu'au seul point de vue macroscopique le globe contracté et le canal mou sont séparés par un anneau saillant, quelquefois extraordinairement saillant, situé au niveau du point variable où nous avons vu le péritoine devenir adhérent et qui, par conséquent, est l'anneau de Bandl.

Au-dessus de l'anneau, la paroi musculaire mesure 4 centimètres environ d'épaisseur.

Au-dessous, la paroi du sac mou a parfois à peine 1 centimètre d'épaisseur.

A un examen rapide et superficiel on est immédiatement porté à interpréter les choses comme suit (fig. 13) :

Au-dessus de *a* : le corps de l'utérus.

Au-dessous de *a* jusqu'en *Oe*, le col.

Mais lorsqu'on mesure la distance qui sépare *a* de *Oe*, on constate qu'elle est de 9 centimètres (Hecker), de 7 centimètres (Florinsky), de 8 centimètres (C. Braun, Lott), de 10 centimètres (Martin), et ces chiffres peuvent être plus considérables encore dans les cas de rupture utérine.

Quelque énorme que parût cet allongement sous l'influence de l'accouchement d'un col qui souvent à la fin de la grossesse ne mesure que 3 centimètres, 3 c. 1/2, beaucoup d'auteurs n'hésitèrent pas à l'admettre comme ils avaient admis (d'après la planche de Braune) son extension à 10, 12 et parfois 15 centimètres pendant la période de dilatation.

C'est ainsi que Matth. Duncan écrivait en 1869 : « Il n'existe aucun doute, et on peut affirmer sans hésiter que le col de l'utérus après l'accouchement est, en général, deux fois plus long qu'il n'était avant le travail ».

Déjà M[me] Boivin disait avoir vu plusieurs fois le *col* mesurer après l'accouchement 5 à 6 pouces de longueur.

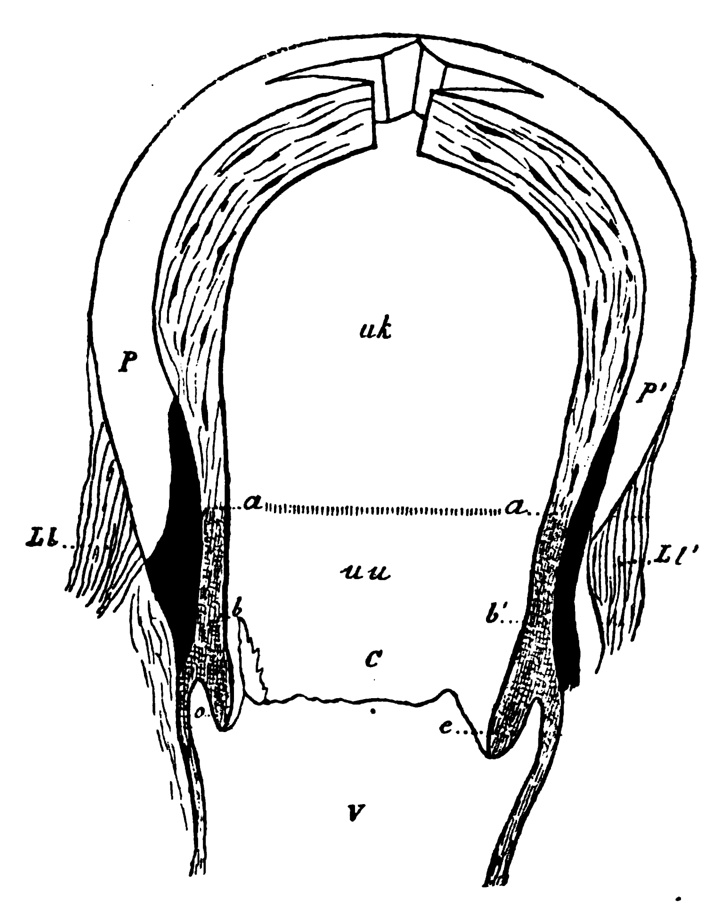


FIG. 13 (d'après BANDL). — Utérus, 12 heures après un accouchement à terme, incisé sur la ligne médiane antérieure et ouvert (réd. : 1/2).

uk, Corps de l'utérus. — *aa*, Anneau de Bandl. — *uu*, Segment inférieur. — *bb'*, Limite de la muqueuse cervicale. — *C*, Col. — *oi*, Orifice externe. — *Ll*, Ligaments larges. — *PP'* Limite de l'adhérence du péritoine.

Chez une femme morte immédiatement après être accouchée,

elle trouva l'utérus et l'orifice interne parfaitement contractés, tandis que le *col*, resté dans l'inertie, offrait le volume et l'étendue du corps de l'utérus.

Pourtant certains accoucheurs n'admirent pas sans peine et sans réserve ce point de l'histoire du col : « Il est possible que les auteurs qui ont attribué une longueur considérable au col de la matrice immédiatement après l'accouchement aient mesuré toute la portion comprise entre l'anneau de Bandl et l'orifice externe du museau de tanche » (Tarnier et Chantreuil. T. 1, p. 766).

C'est en effet ce qui est, comme Bandl l'a montré et ainsi que bien d'autres l'ont vérifié depuis.

Or ces limites sont-elles celles du col ? C'est ce que nous allons rechercher dans les observations de Bandl lui-même.

Faisant l'autopsie d'une primipare morte d'éclampsie 12 heures après un accouchement à terme (fœtus de 3300 grammes), Bandl trouva l'utérus dans l'état où le montre la figure 13.

Le Dr Chiari qui dirigeait l'autopsie et ceux qui l'assistaient considérèrent tous le point *a* comme la limite entre le col et le corps de l'utérus. *Le col ainsi mesuré avait* 7 *centimètres*.

Mais Bandl fit remarquer que le point *a* était en réalité la limite entre le corps et le segment inférieur, et que *la muqueuse cervicale cessait à* 2 *ou* 3 *centimètres au-dessus de l'orifice externe*. Par conséquent, dit-il (page 14), *le tube que Hecker, Florinsky, Carl. Braun, Martin et Lott ont mesuré est formé pour la plus grande partie par le segment inférieur de l'utérus*, et le col tel que l'a décrit Müller avant le travail n'entre que pour 2 à 3 centimètres dans la formation de ce sac long et mou que limite en haut l'anneau de contraction.

Nous avons établi dans la première partie de cette revue que le col de Müller était bien le col entier, que l'orifice interne était là où la muqueuse cervicale s'arrête. Donc l'anneau de Bandl ne doit pas être pris comme point de repère supérieur dans les mensurations de la longueur du col après l'accouchement.

Ce ne sont pas seulement les caractères différents de la muqueuse qui les recouvre qui distinguent après comme avant et pendant l'accouchement ces 2 portions, col et segment inférieur.

Ce sont encore les caractères de la texture de la paroi qui concordent absolument, comme l'ont montré les recherches de Ruge et comme nous avons pu le voir tout récemment dans un cas de rup-

ture utérine, avec les dispositions dont nous avons parlé à propos de l'utérus gravide.

Voici l'histoire du cas auquel je viens de faire allusion.

Autopsie d'une femme morte de rupture du segment inférieur à la suite de tentatives réitérées de version faites par un médecin de la banlieue dans un utérus tétanisé par l'ergot.

Le 30 avril 1887 dans la nuit, on apportait en brancard à la Maternité de Lariboisière (service de M. Pinard suppléé par M. le Dr Auvard), une femme d'Aubervilliers âgée de 30 ans, bien conformée, ayant accouché 3 fois déjà et à terme d'enfants vivants présentant le sommet.

Arrivée au terme de sa 4e grossesse, cette femme ressent les premières douleurs le 30 avril à 1 heure 1/2 du matin et les membranes se rompent au même moment prématurément. Dans l'après-midi, le travail ne faisant aucun progrès, une sage-femme méconnaissant une présentation de l'épaule administre de l'ergot, et, vers 6 heures du soir, un médecin appelé en consultation fait 2 tentatives de version dans cet utérus tétanité.

A l'arrivée à l'hôpital la femme est dans un état très inquiétant. Température 36°,4. Pouls petit et très rapide, cyanose, faciès péritonéal. L'enfant se présente par l'épaule en acromio-iliaque gauche de l'épaule droite. Le bras est hors de la vulve, le cordon fait procidence. On n'y perçoit aucun battement.

La dilatation est complète. Le col et le segment inférieur son flasques. L'utérus est tétanisé à partir de l'anneau de Bandl étroitement appliqué sur le fœtus.

L'embryotomie, commencée par moi à l'aide de l'embryotome de M. Tarnier, est achevée par M. Auvard avec les ciseaux de Dubois. Délivrance artificielle, membranes non déchirées. On ne sent pas de solution de continuité au niveau du col ni du segment inférieur.

L'utérus revient mal. Hémorrhagie grave après la délivrance cédant au bout de 10 minutes à une irrigation intra-utérine chaude et prolongée pendant laquelle la malade ne présente aucun symptôme digne d'être noté.

L'après-midi la femme reçoit les visites de sa famille, cause, répond bien, dit qu'elle ne souffre pas. Mais elle reste froide, cyanosée; le pouls est presque imperceptible et très rapide.

L'urine n'est pas sanguinolente.

Vers 5 heures le collapsus augmente. La mort survient à 6 heures.

Je fais l'autopsie le 3 mai au matin.

L'utérus est bien revenu sur lui-même; il y a très peu de sérosité sanguinolente dans le cul-de-sac de Douglas. Au niveau du ligament large droit le péritoine est soulevé par un épanchement sanguin du volume d'une orange sans communication avec la cavité péritonéale.

En introduisant toute la main dans le vagin, on franchit sans peine et presque sans s'en apercevoir l'orifice externe, et on arrive ensuite, après avoir traversé un canal à parois flasques qui s'allonge à mesure qu'on avance, sur un rétrécissement annulaire qui rappelle grossièrement le museau de tanche et ferme la route vers la cavité utérine. Au-dessous de cet anneau qui est situé au voisinage du détroit supérieur, et à droite, existe sur la paroi une perforation latérale dans laquelle pénètrent aisément deux doigts qui s'enfoncent dans la cavité creusée par l'épanchement sanguin dans le ligament large.

J'enlève le vagin, l'utérus et les annexes en décollant complètement le péritoine pelvien et iliaque. Le vagin est incisé sur la ligne médiane antérieure; il est sain.

L'orifice externe du col, non déchiré, est incisé également, ainsi que la paroi antérieure qui lui fait suite, et on arrive bientôt à l'anneau signalé plus haut et qui n'est autre que l'anneau de Bandl. Au-dessus on pénètre dans la cavité utérine.

La figure 14 représente la préparation ainsi obtenue.

Les dimensions de la pièce étaient les suivantes.

Plus grande largeur de l'utérus (origine des trompes), paroi comprise, 16 centimètres.

De l'orifice externe au fond de l'utérus, 23 centimètres.

De l'orifice externe à l'anneau de Bandl, 7 centimètres.

La rupture s'étend de l'anneau de Bandl jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'orifice externe du col qui est intact.

Si nous mesurons le col à la façon de Hecker, de Florinsky, de Braun, etc., c'est-à-dire de l'anneau de Bandl à l'orifice externe, nous trouvons qu'il a 7 centimètres.

Mais en examinant attentivement la paroi, on s'aperçoit sans peine que l'arbre de vie s'arrête à 4 centimètres au-dessus de l'orifice externe. De telle sorte que sur les 7 centimètres il y en a 3 qui appartiennent au segment inférieur du corps revenu sur lui-même

mais auquel on peut sur une coupe étalée rendre, sans tension, sa longueur probable. On obtient ainsi la disposition figurée ci-contre. (Fig. 15.)

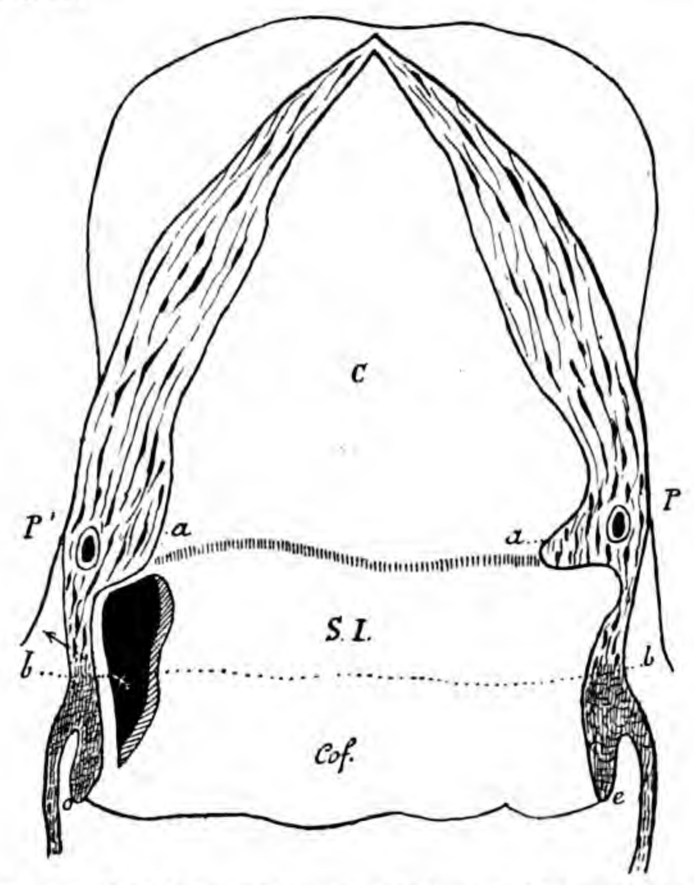


FIG. 14. — Utérus d'une multipare morte 12 heures après l'accouchement, incisé sur la ligne médiane antérieure et ouvert (rupture du segment inférieur), 1/2 grandeur.

C, Zones moyenne et supérieure du corps. — *SI*, Segment inférieur. — *aa*, Anneau de Bandl. — *bb*, Orifice interne du col. — *oe*, Orifice externe. — *PP'* Limite de l'adhérence du péritoine.

La disposition que nous avons rencontrée ici est identique à celle que représente la figure 21 du mémoire d'Hofmeier.



Fig. 15. — Tranche mince de la paroi de l'utérus précédent, faite parallèlement à la surface de section de gauche, étalée et fixée sur une plaque de liège pour montrer la différence de texture du segment inférieur et du col (Grandeur nature).

AC, Anneau de Bandl. — *P*, Limite de l'adhérence du péritoine. Le segment inférieur s'étend de *AC* à la limite de la muqueuse cervicale, et a la même texture que le corps.

J'ai pu faire sur cette même pièce certaines remarques qui me paraissent expliquer les résultats très disparates obtenus par différents auteurs touchant la longueur du col après l'accouchement.

Quand on compare entre elles ces mensurations (j'entends celles qui ont été faites en prenant l'anneau de rétraction pour l'orifice interne) on est frappé de les voir varier du simple au double, de 6 centimètres à 11 centimètres. Or voici ce que j'ai pu constater dans le cas en question.

L'utérus simplement déposé sur la table est incisé sur la ligne médiane antérieure (fig. 14). Le segment inférieur et le col sont affaissés sous le poids du corps, ils font soufflet. De là la saillie si marquée de l'anneau de rétraction. Dans cet état le col et le segment inférieur mesurent 7 centimètres. On conçoit que cette longueur puisse diminuer encore si l'affaissement est plus prononcé.

Tenant l'orifice externe fixé, je tire sur le fond de l'utérus qui s'éloigne de l'orifice externe. La distance entre le fond et l'orifice est maintenant de 27 centimètres, au lieu de 23; l'organe a gagné 4 centimètres en hauteur. Or la distance entre l'anneau de Bandl et le fond est restée la même; c'est aux dépens du col et du segment inférieur que l'accroissement s'est produit.

Les plis du soufflet s'effacent, la saillie de l'anneau de Bandl a notablement diminué (fig. 15).

Donc suivant qu'on mesure lorsque le col et le segment inférieur sont à leur maximum d'affaissement ou à leur maximum de tension on obtient des chiffres très différents, 7 à 11 par exemple.

En résumé, après (comme avant et pendant) l'accouchement, l'utérus peut-être divisé en trois segments :

Le col,

Le segment inférieur,

Le corps proprement dit.

Le col mesure, comme à la fin de la grossesse, de 3 à 5 centim. Sa limite supérieure est marquée par celle de la muqueuse cervicale qui indique la place de l'orifice interne.

Au-dessus du col, et se continuant avec lui sous forme d'un sac mou de longueur variable à paroi plus mince est le segment inférieur, tout affaissé sur lui-même, et séparé du corps proprement dit, dur, contracté, à parois épaisses de 4 centim. par l'anneau de

Bandl qui atteint ici son maximum de développement. L'anneau en question est à 7, 10 ou 12 centim. au-dessus de l'orifice externe. Par les caractères de la muqueuse qui le recouvre et par la texture de sa paroi, le segment inférieur appartient manifestement au corps utérin.

Au point de vue physiologique, l'utérus, après l'accouchement, est divisé en 2 portions : l'une molle, flasque, à parois minces, *paralysist* disent les allemands, comprend le col et le segment inférieur ; l'autre dure, contractile, à parois épaisses, comprend tout ce qui est au-dessus de l'anneau de Bandl.

Dans un récent mémoire publié en collaboration avec Stratz, Schröder fait jouer dans le mécanisme de la délivrance un rôle tout différent à ces deux portions.

Schröder commence par l'exposé de recherches cliniques intéressantes sur le mode le plus habituel de décollement du placenta.

On connaît les attaques dirigées contre la théorie de Baudelocque (inversion du placenta et des membranes) par Ritgen, Lemser et surtout Matth. Duncan.

L'accoucheur anglais estime que dans la merveilleuse description qu'il a laissée, Baudelocque a été « guidé par l'imagination ». Signalant les planches de Schultze et les figures d'Hubert, de Louvain, qui ne sont que l'illustration de la théorie française, Duncan écrit : « Le tout est un exemple remarquable d'une description théorique nullement fondée sur l'observation » ; et il ajoute : « Quant à la croyance erronée que le placenta descend habituellement en présentant sa face fœtale, elle me semble avoir sa source dans ce fait que les observateurs ne tiennent pas compte de l'intervention très fréquente de l'accoucheur au moment de l'expulsion de cet organe. Je puis dire que malheureusement on se fait une règle d'intervenir dans cette partie du mécanisme naturel de l'accouchement. Une telle intervention, qui consiste généralement en des tractions faites sur le cordon, détermine un *mécanisme anormal*, *l'inversion du placenta*, qui sont décrites comme la marche naturelle de la délivrance ».

Pour lui, l'accumulation d'une certaine quantité de sang derrière le placenta et les membranes inversées formant coupe et tampon remplissant le vagin, est due à ce que sous l'influence des tractions sur le cordon ce tampon agit comme un piston de pompe.

« Par suite du décollement du placenta, la surface interne de l'utérus vient d'être scarifiée, et les tractions exercées sur le cordon font l'office d'une ventouse ».

C'est par son bord, et roulé en cornet d'oubli sur sa face fœtale, que, d'après Duncan, le placenta se présente habituellement à l'orifice du col.

Jusqu'à présent on n'avait pu objecter à Matth. Duncan que des observations cliniques. S'appuyant sur les résultats de sa grande pratique, M. Tarnier avait défendu énergiquement la théorie de l'inversion placentaire.

« Sur 60 cas observés avec le plus grand soin, disait M. Pinard, dans une note communiquée à M. Ribemont en 1883, on a trouvé que le placenta s'était présenté 51 fois par sa face fœtale, 7 fois par son bord fœtal, 2 fois par sa face utérine. »

Depuis lors, poursuivant ses recherches sur ce sujet dans son service de Lariboisière, M. Pinard est arrivé aux résultats suivants :

Sur 629 cas, le placenta s'est présenté :
492 fois par sa face fœtale,
97 fois par un bord,
40 fois par la face utérine.

Cela dit, j'arrive aux conclusions de Schröder. C'est encore par l'observation clinique seule, employée sous une autre forme, que l'accoucheur allemand renverse la théorie de Duncan.

Il constate tout d'abord, par l'introduction de la main dans l'utérus immédiatement après l'expulsion du fœtus, que dans l'immense majorité des cas le placenta se décolle et tombe sur l'orifice en entraînant les membranes suivant le mécanisme *décrit* et figuré par Schultze (1).

La main introduite dans la cavité utérine sent tout d'abord un ou plusieurs bourrelets se former sur la face fœtale du placenta qui tombe dans l'intérieur de l'œuf jusqu'à ce que, inversant et

(1) Il n'est peut-être pas inutile de faire observer une fois de plus que bien avant Schultze, et presque dans les mêmes termes, Baudelocque a décrit ce mécanisme.

C'est « par une sorte d'adoption qui pour être singulière n'est pas exceptionnelle » (Ribemont) que la théorie de Baudelocque a été baptisée en Allemagne du nom de théorie de Schultze.

décollant les membranes il soit arrivé au niveau de l'anneau de Bandl.

Dans les cas types, lorsque le placenta est inséré vers le fond de l'utérus, cette inversion des membranes de l'œuf est si complète

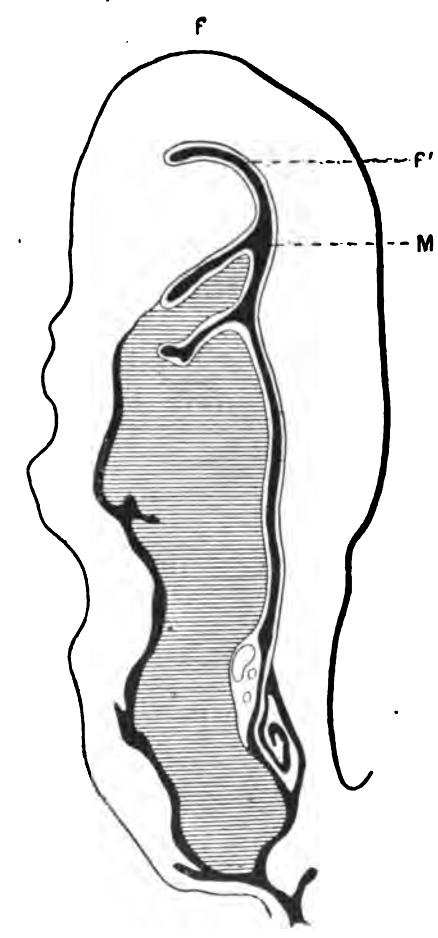


FIG. 16 (d'après la planche 6 de SCHRÖDER et STRATZ). — Coupe médiane antéro-postérieure d'un utérus pendant la délivrance. Mécanisme de Duncan, glissement du placenta décollé et présentation d'un bord (1/2 grandeur).

f, Fond de l'utérus. — *f'*, Fond de la cavité de l'œuf. — *m*, Membranes tapissant la paroi antérieure de la cavité utérine.

que pas une goutte de sang ne s'écoule jusqu'à ce que le placenta, face fœtale en avant, ait franchi la vulve.

C'est exceptionnellement que le placenta est expulsé comme l'a dit Duncan.

Pour Schröder ce mécanisme de Duncan s'observe d'autant plus

souvent que l'un des bords du placenta se trouve plus rapproché de l'orifice interne.

Malheureusement, des deux mécanismes, celui de Duncan qu'ils déclarent exceptionnel est précisément le seul que Schröder et Statz aient pu saisir sur le fait dans la pièce que nous reproduisons ici (fig. 16).

La planche 6 de leur atlas représente la coupe (après congélation) de l'utérus d'une femme de 36 ans, accouchant pour la 6e fois, morte avant la délivrance à la suite d'hémorrhagies dues à un placenta prævia. Le fœtus avait été extrait par la version faite in extremis. En aucun point le placenta n'était plus adhérent à l'utérus, *tandis que les membranes l'étaient encore*. Le bord inférieur du placenta s'avance jusque dans le vagin.

Plus heureux que Schröder, M. Pinard a pu, il y a quinze jours, saisir sur le fait le mécanisme de Baudelocque dans les circonstances suivantes :

Le 15 novembre 1887, à une heure du matin, on apportait en brancard à l'hôpital Lariboisière, salle Ste-Anne, lit no 2, une femme de 42 ans, cyphotique, arrivée au terme de sa 5e grossesse. Les quatre premiers accouchements avaient eu lieu à terme et s'étaient terminés spontanément par l'expulsion d'enfants vivants présentant le sommet.

Le mari nous raconte que vers six heures, brusquement, sans que rien d'anormal ait jusque-là attiré l'attention, sa femme qui ressentait des douleurs depuis deux heures avait été prise de convulsions. De 6 heures à 1 heure du matin, à 4 reprises différentes, les mêmes accidents s'étaient reproduits. La malade avait perdu connaissance, et son état était devenu tellement inquiétant qu'on s'était décidé à la transporter à l'hôpital.

L'examen pratiqué à l'entrée nous fait constater les particularités suivantes :

Coma ; respiration stertoreuse très accélérée ; cyanose de la face et des extrémités. Pouls petit et incomptable. Œdème considérable des membres inférieurs. Pas d'urine dans la vessie, pas de morsure de la langue, pas de retrécissement pupillaire.

Antéversion considérable de l'utérus qu'une forte courbure de compensation et un affaissement très marqué de la cage thoracique chasse hors de la cavité abdominale. Fœtus vivant se présentant par le sommet en droite transversale. Sensibilité extrême du ventre au palper.

Du sang noir s'écoule par la vulve en assez notable quantité. Par le toucher on trouve : col effacé, dilatation comme 5 francs, non dilatable; poche des eaux volumineuse. Tête très élevée et mobile.

Je romps la poche croyant à une hémorhagie par insertion vicieuse. Il s'écoule un flot de liquide amniotique rouge et mélangé de caillots.

Il est impossible d'intervenir à ce moment. Les contractions utérines sont fréquentes, la femme pousse, la dilatation se fait : mais l'état de la femme empire et 1 heure 1/2 après son entrée à l'hôpital, elle meurt au moment même où spontanément elle expulse un fœtus de 2,000 grammes qui ne tarde pas à succomber.

Aucune traction n'a été faite sur le cordon ; le toucher me permet de constater la présence de la face fœtale à l'orifice utérin. Je laisse tout en place.

A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, voici ce que nous avons constaté :

Le toucher nous montre que les choses sont toujours dans le même état. Au niveau de l'orifice externe dilaté comme 2 francs, on sent la face fœtale du placenta qui bombe et au centre de laquelle vient s'attacher le cordon.

La paroi abdominale incisée, on trouve l'utérus bien revenu sur lui-même, très fortement antéfléchi, comme coiffé par le foie dont le bord inférieur arrive à moins d'un travers de main au-dessus de la symphyse et dans le lobe droit duquel le rebord costal creuse un sillon profond.

Il existe sur le bord droit de l'utérus, dans le ligament large et sous le péritoine de la fosse iliaque, un épanchement sanguin considérable complètement sous-péritonéal ayant décollé le péritoine *jusqu'à* 10 *centimètres du fond de l'utérus*, remontant un peu plus haut en arrière qu'en avant et dû à une fissure du segment inférieur.

La symphyse pubienne est incisée et écartée, et on enlève tout d'une pièce l'utérus, le vagin et la vessie en décollant le péritoine pelvien.

L'utérus ainsi enlevé et placé sur un plateau a une forme qui se rapproche un peu de celle d'un ballon de Barnes.

Il est cylindrique, un peu aplati d'avant en arrière, légèrement étranglé un peu au-dessus de sa partie moyenne, là où le péritoine devient adhérent intimement à la fibre utérine.

Il mesure de l'orifice externe (senti au travers de la paroi vaginale) jusqu'au fond : 21 centimètres.

De l'orifice externe au point d'adhérence du péritoine, là où existe l'étranglement, 11 centimètres sur la face postérieure, 9 sur la face antérieure.

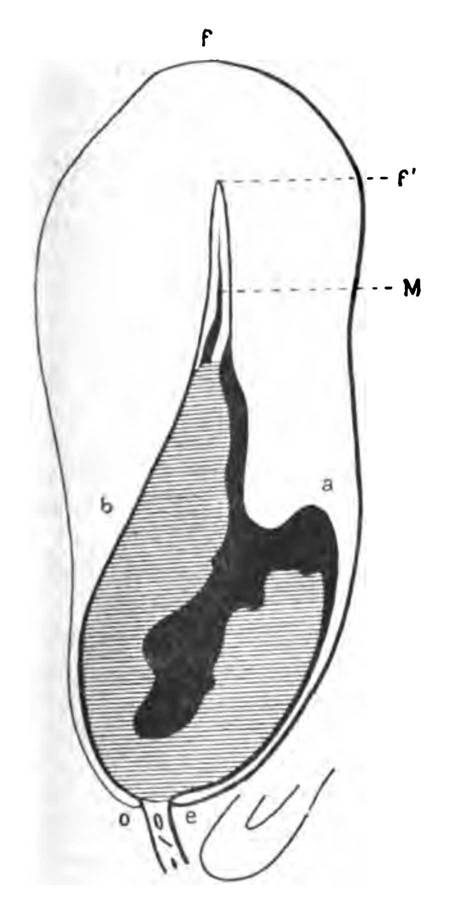


FIG. 17. — Coupe médiane antéro-postérieure, après 48 heures de congélation, de l'utérus d'une multipare morte en accouchant (1/2 grandeur).

Le placenta, décollé de la partie moyenne de la face antérieure et retenu dans le segment inférieur, s'est inversé d'après le mécanisme de Baudelocque. Les membranes sont encore adhérentes. Du sang s'est amassé dans la coupe placentaire.

La pièce est conservée dans le musée de la Maternité de Lariboisière.

a b. Limite supérieure du segment inférieur.

f. Fond de l'utérus.

M. Membranes adhérentes.

o e. Orifice externe.

Sa plus grande largeur, au niveau de l'insertion des trompes est de 12 centimètres.

Ainsi conformé l'utérus constitue une masse solide, fixée dans ses dimensions, qui ne diffère de ce qu'il était en place que par la disparition de l'antéflexion.

Il est mis à congeler 48 heures dans un mélange de glace et de sel marin; puis à l'aide d'une scie M. Pinard pratique sur la ligne médiane postérieure une section longitudinale.

La figure ci-jointe est le tracé, réduit de moitié, obtenu par M. Ribemont en appliquant directement sur la coupe un verre légèrement dépoli.

La section, très heureuse, est tombée exactement sur l'implantation du cordon.

Nous insistons sur ce fait qu'il n'y avait eu aucune traction sur le cordon, que néanmoins, sous l'action du seul retrait de l'utérus, le placenta décollé de ses attaches au voisinage du fond était passé dans le segment inférieur et le col en s'inversant et en inversant les membranes encore en partie adhérentes, et en tout cas étroitement serrées dans une sorte de couloir étroit et contractile s'étendant de la partie supérieure du segment inférieur à la corne gauche. Des caillots remplissent la coupe placentaire.

Cette pièce de M. Pinard, que je crois unique, prouve sans discussion possible la réalité du mécanisme de Baudelocque. Les observations cliniques de l'école française et les expériences de Schröder affirment que c'est le mécanisme le plus commun.

Revenons maintenant au mémoire de Schröder.

Lorsque le placenta a été, par la contraction utérine, décollé et chassé du corps proprement dit dans le segment inférieur et le col, il y reste jusqu'à ce qu'il soit expulsé par un mécanisme tout différent du précédent. Au-dessous de l'anneau de Bandl les contractions utérines ne peuvent plus rien contre lui. Il faut qu'intervienne une autre puissance, que ce soit le seul poids du placenta (qui ne peut agir que dans la position assise ou debout) ou la contraction des muscles abdominaux, la pression abdominale agissant sous l'influence ou en dehors de la volonté.

Si cette nouvelle puissance fait défaut, le placenta reste aussi longtemps qu'on le veut au-dessous de l'anneau de contraction, comme l'ont très bien observé tout récemment encore Ahlfeld et von Campe.

Au point de vue clinique voici ce qu'on observe entre l'expulsion du fœtus et le moment où le placenta a franchi l'anneau de contraction.

Immédiatement après l'expulsion de l'enfant, on trouve le fond de l'utérus (en général) au niveau de l'ombilic, à quelques centi-

mètres au-dessus ou au-dessous. C'est, dit Schröder, que l'utérus s'affaisse sur le segment inférieur et le col qui ne peuvent, lorsqu'ils sont vides, lui servir de soutiens.

Si à ce moment on pratique le toucher, on sent le sac mou que forment le col et le segment inférieur, et le placenta déjà saillant dans l'anneau de contraction. Il est souvent très difficile, vu la mollesse des parties, de sentir l'orifice interne du col.

Pourtant 10 fois sur 25 multipares observées à ce point de vue, il a réussi à sentir sur la lèvre antérieure un léger relief circulaire qui se trouvait deux fois plus éloigné de l'anneau de Bandl que de la lèvre antérieure.

Dès ce premier examen on peut sentir une partie du placenta dans l'anneau de contraction. 4 fois seulement sur 120 dans lesquels l'introduction de la main a suivi immédiatement l'expulsion du fœtus, Schröder n'a trouvé aucune partie du placenta insinuée dans l'anneau de Bandl.

L'expulsion du placenta à travers l'anneau de Bandl est terminée dans la plupart des cas de 15 à 20 minutes après l'accouchement.

Sur 300 cas 20 fois seulement il a fallu une demi-heure et plus.

Souvent, principalement chez les multipares, ce second temps est accompli une minute après l'expulsion du fœtus.

Le symptôme clinique le plus certain indiquant le passage du placenta dans le segment inférieur et le col, est l'ascension du fond de l'utérus et son rétrécissement, et surtout la formation entre le fond et le segment inférieur rempli par le placenta d'un sillon correspondant à l'anneau de contraction. L'utérus paraît avoir deux étages.

Dans 50 cas étudiés à cet effet, Schröder a trouvé le fond de l'utérus :

1° Immédiatement après la sortie du fœtus : à 14 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

2° Après l'expulsion du placenta au travers de l'anneau de contraction, à 20 c. Le fond s'est donc élevé de 6 centimètres 1/2 environ.

La formation du sillon en question s'observe surtout dans les cas où le placenta se décolle d'après le mécanisme de Baudelocque.

Dans les cas où l'expulsion du placenta a lieu suivant le mécanisme de Duncan, le sillon n'est pas visible parce que le bord supé-

rieur du placenta est encore dans la cavité utérine proprement dite et que le sang s'est écoulé au dehors.

De ces recherches Schröder tire les conclusions pratiques suivantes :

On doit abandonner à la nature le décollement et l'expulsion de l'arrière-faix jusqu'au-dessous de l'anneau de contraction. La meilleure conduite à tenir est de ne pas toucher à l'utérus tant que le placenta n'est pas dans le segment inférieur.

A ce moment l'utérus qui jusque-là était mou et large devient plus dur, plus étroit ; sa hauteur augmente un peu tandis que la portion située au-dessous de l'anneau de contraction se bombe.

Le décollement placentaire est accompli et il ne reste plus qu'à pousser le placenta hors du canal génital flasque et de la vulve.

On y arrive très simplement et sans inconvénients, si, à l'aide de la main mise à plat, on exerce une pression légère de haut en bas dans la région de l'anneau de contraction et au-dessous du corps de l'utérus. Il suffit parfois de la pression abdominale pour chasser ainsi le placenta.

La traction sur le cordon, lorsqu'elle est réservée pour ces cas, est tout à fait innocente.

Si le bord supérieur du placenta est encore retenu dans le corps de l'utérus de telle sorte qu'une partie du placenta seulement est au-dessous de l'anneau de Bandl, alors on peut employer la manœuvre de Credé pour achever le décollement des membranes et l'expulsion du placenta.

Il est à remarquer que le signe sur lequel insiste Schröder ne saurait indiquer qu'une chose : c'est que le placenta est tombé dans le segment inférieur. Or, à ce moment, les membranes peuvent être encore adhérentes, et si l'on suit le conseil de Schröder on a des chances d'avoir une déchirure et une rétention des membranes.

La pratique de l'école française nous paraît bien plus rationnelle. Pour intervenir il faut que, comme le placenta, les membranes soient décollées. Or on n'a, pour croire à un décollement déjà avancé des menbranes, d'autres signes que ceux de l'engagement profond du placenta. Il est donc prudent d'attendre pour intervenir par tractions et expression combinées que le placenta soit en grande partie passé du segment inférieur et du col dans le vagin (1).

---

(1) S'appuyant sur la statistique précédemment citée, M. Pinard recom-

Les faits anatomiques précédemment exposés nous en expliquent d'autres physiologiques, sur lesquels on discute depuis bien longtemps.

Cazeaux, étudiant à propos de la délivrance, les contractions irrégulières ou spasmodiques de l'utérus, admet, à l'exemple de Stoltz, quatre variétés de spasme utérin : 1° la contraction spasmodique de l'orifice externe du col ; 2° celle de l'orifice interne ; 3° celle d'une ou de plusieurs portions du corps de l'utérus (enchatonnement), etc.

En envisageant la contraction spasmodique de l'orifice externe, il fait remarquer que lorsqu'on a souvent eu occasion de constater l'état de mollesse, de flaccidité dans lequel se trouve la partie inférieure du col utérin après l'accouchement, on a peine à comprendre le spasme de l'orifice externe.

Passant alors à la contraction spasmodique de l'orifice interne, Cazeaux dit : « C'est celle que M. Guillemot appelle hour-glass. Nous lui empruntons en grande partie *l'excellente* description qu'il en donne. Si l'on porte la main dans les parties génitales, on découvre dans le vagin un col si défiguré qu'il ressemble à une portion flottante du gros intestin : A 12 OU 15 CENTIMÈTRES AU DESSUS *le doigt rencontre une espèce d'étranglement qui est l'orifice interne* froncé et presque entièrement fermé. Suivant Mme Boivin, *le col utérin,* dans cet état de flaccidité, présente quelquefois 13 *à* 15 *centimètres de longueur* sur 11 à 13 de diamètre ; au-dessus de cette partie rétrécie se trouve la cavité du corps, dont les parois, embrassant le placenta, sont quelquefois fortement rétractées ; d'autres fois au contraire dans un état d'inertie plus ou moins complète.

« La cavité utérine s'est ainsi partagée en deux portions. Lorsque la portion supérieure s'est contractée de toutes parts sur le placenta, ce qui est le cas le plus ordinaire, elle n'offre plus que la moitié du volume de l'organe en totalité. De sorte que le *rétrécissement, quoique siégeant à l'orifice interne,* se trouve cependant situé à peu près à la partie moyenne ; c'est ce qui a pu faire dire à plusieurs accoucheurs qu'ils avaient affaire à une contraction du corps de l'utérus. »

---

mande expressément de ne jamais songer, à moins d'indications spéciales, à faire la délivrance avant qu'une demi-heure au moins se soit écoulée depuis l'expulsion du fœtus.

Ce que nous avons dit montre assez que ces accoucheurs étaient dans le vrai. L'anneau que Guillemot a trouvé à 12 ou 15 cent. au-dessus de l'orifice externe, et qui, dans ces conditions, paraît plutôt un cercle de fer qu'une portion de la matrice en contraction, c'était l'anneau de Baudelocque, l'anneau de Bandl, la limite entre le segment inférieur et les segments moyen et supérieur du corps utérin.

Il est un autre point que je désirerais faire ressortir ici ; j'ai fait et vu faire depuis trois ans bien des injections intra-utérines dans les jours qui suivent l'accouchement, et j'ai pu constater que

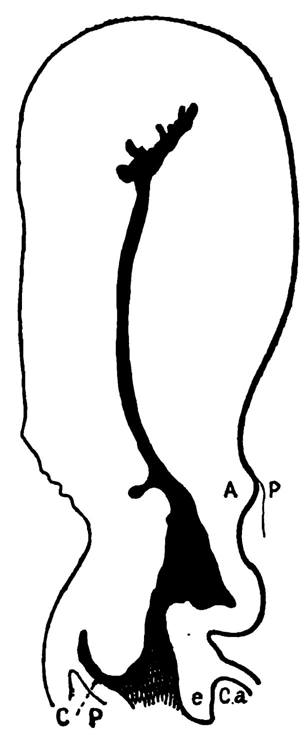


FIG. 18 (d'après BAYER). — Coupe médiane antéro-postérieure d'un utérus après l'accouchement (1/2 grandeur).

a. Limite supérieure du segment inférieur (anneau de Bandl, etc.). — *P*, Limite de l'adhérence du péritoine sur la face antérieure. — *e*, Orifice externe.

Remarquez l'affaissement et la béance de la portion située au-dessous de l'anneau de contraction.

beaucoup de médecins et de sages-femmes, croyant faire une injection intra-utérine, ne faisaient en réalité d'injection que dans ce sac mou et pendant (fig. 18) que forment sur l'utérus puerpéral le col (3 centim.) plus le segment inférieur, sans pénétrer en réalité dans le corps proprement dit.

Voici ce qui se passe. On introduit l'extrémité de deux doigts dans le museau de tanche mou et béant, et sur ces deux doigts on fait pénérer, suivant l'axe vulvaire, la sonde à injection. A peine la sonde a-t-elle pénétré de 3 cent. qu'on éprouve une très légère résistance dont on triomphe aisément. On sent alors le bec péné-

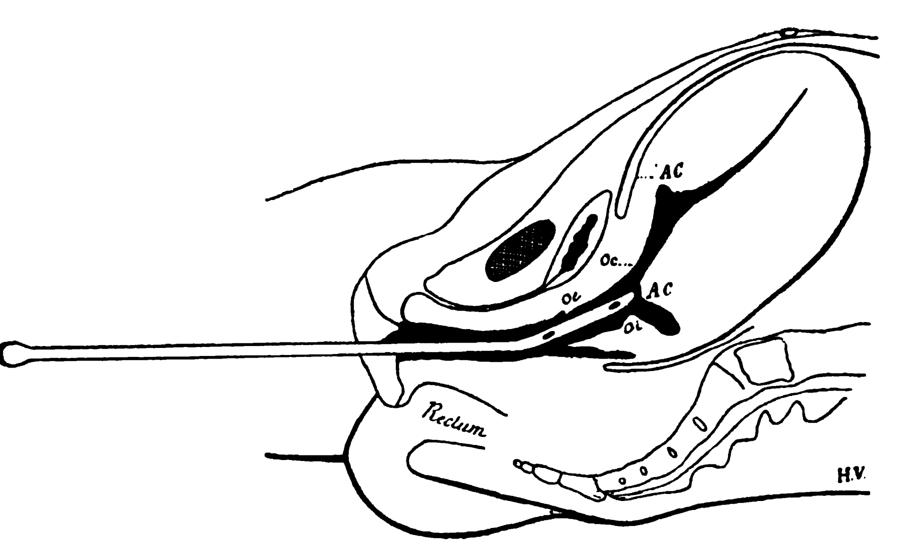


Fig. 19. — Injection dans le col.

***oe*, Orifice externe. — *oi*, *oc*, Orifice interne. — *AC*, Anneau de contraction.**

Je me suis servi pour faire ces figures de la planche 5 de l'atlas de Schröder et Stratz, représentant une coupe médiane antéro-postérieure (après congélation) d'une femme morte immédiatement après la délivrance.

trer de 3 centim. encore, en abaissant le pavillon légèrement. Le va-et-vient du liquide s'établit immédiatement et l'opérateur, se croyant sûr d'être dans la cavité utérine, laisse au dehors plus de la moitié de la sonde.

Si à ce moment vous prenez l'instrument et que vous en abaissiez davantage encore le manche entre les cuisses, en déprimant la fourchette, pour mettre le bec dans l'axe du détroit supérieur vous éprouvez de nouveau une résistance plus marquée. Beaucoup s'arrêtent effrayés. Mais continuez sans crainte, et bientôt vous aurez la sensation nette d'une résistance vaincue en même temps

que votre sonde, avalée pour ainsi dire, disparaît presque complètement dans le vagin. Immédiatement le liquide de l'injection cesse de revenir, et c'est une nouvelle cause d'effroi pour l'opérateur novice. Ce n'est qu'après quelques instants, que l'écoulement reprend.

Voici ce qui s'est passé :

Le premier obstacle insignifiant que vous avez rencontré, c'est l'orifice interne.

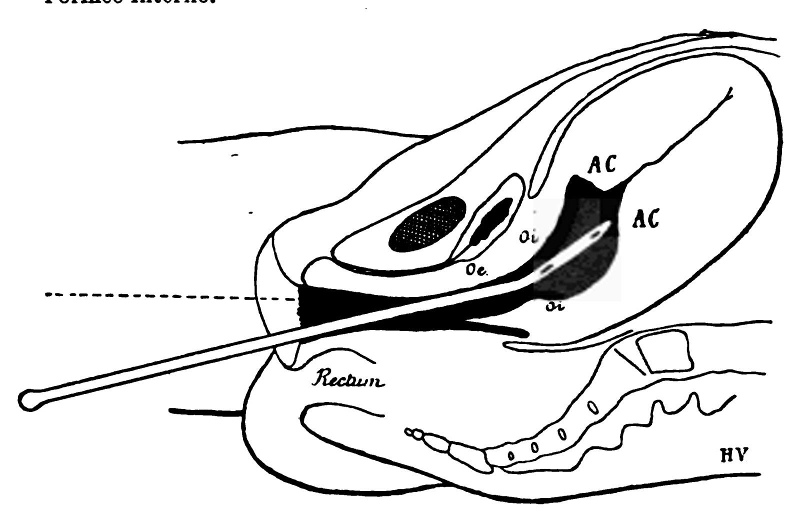


Fig. 20. — Injection dans le col et dans le segment inférieur.

Oc, Orifice externe. — *Oi*, Orifice interne. — *AC*, Anneau de contraction. La ligne pointillée indique la situation de l'extrémité externe de la sonde au début de l'opération.

La cavité dans laquelle vous vous êtes arrêté c'est la cavité du segment inférieur.

Le second obstacle, le vrai, c'est l'anneau de Baudelocque, la vraie porte de la cavité utérine, qui s'est laissé forcer par la sonde d'abord de dehors en dedans, puis par le liquide de dedans en dehors lorsque la pression du liquide dans la cavité utérine a été suffisante pour triompher de sa résistance.

En terminant cette revue, nous pouvons résumer ainsi l'histoire du col et du segment inférieur dans ces 20 dernières années.

Les recherches de Schröder, de Pinard et d'Hofmeier ont montré l'exactitude des observations de Bandl et la fausseté de

la théorie qu'il avait édifiée sur ces observations remarquables.

C'est donc le cas de répéter avec Duncan : « Des vérités ont été

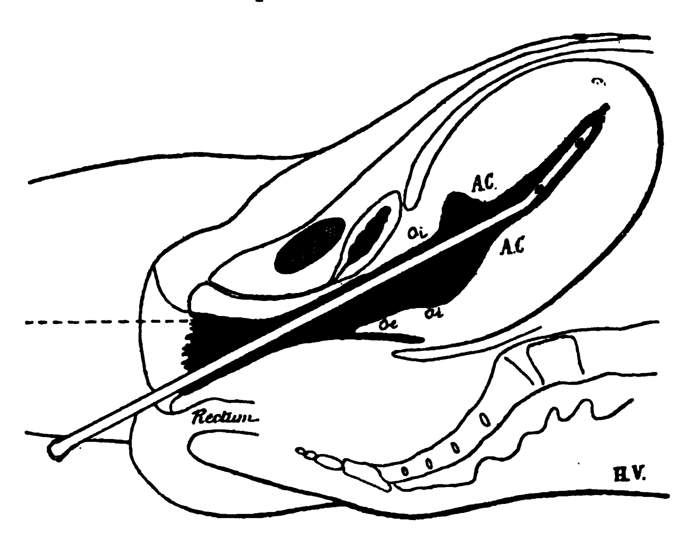


Fig. 21. — Injection intra-utérine.

Même légende que pour les figures 19 et 20.

attaquées, des erreurs ont été prônées, des erreurs ont été corrigées, des erreurs ont de nouveau reparu, des vérités ont été triomphantes; et somme toute la science a progressé ».

H. Varnier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 10 *novembre* 1887.

Présentations : M. le Dr Cruceanu. — Un **stéthoscope** démontable, à pavillon variable (de façon à constituer soit le stéthoscope médical, soit le stéthoscope obstétrical) et à tige graduée, ce qui permet à l'accoucheur de relever immédiatement les résultats fournis par la mensuration digitale.

M. Sécheyron **Un placenta succenturié avec insertion vélamenteuse du cordon.**

M. le Dr Cerceanu, offre à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant étranger, un travail ayant pour titre : **Du mode de terminaison de la présentation pelvienne d'après une statistique dressée à la clinique d'accouchements de Paris, pour une période de dix ans.**

MM. Bailly, Charpentier et Pajot font quelques remarques au sujet d'une observation communiquée par M. Greslou dans une précédente séance (1). Il s'agissait d'une femme enceinte, atteinte de vomissements qui résistèrent à tous les moyens médicaux. L'accouchement prématuré, artificiellement provoqué, amena la guérison.

Bailly. — Il me paraît utile de ne pas laisser passer l'observation rapportée par M. Greslou sans l'accompagner de quelques réflexions. Pour ma part, je crois qu'il y a tout lieu d'approuver la conduite adoptée dans ce cas par notre collègue et j'ajoute qu'à mon avis, il est bon de ne pas attendre trop longtemps, devant l'insuffisance des moyens médicaux pour provoquer l'accouchement. Si l'on attend trop, la femme risque de se trouver dans un état d'épuisement tel que l'accouchement pourra lui être funeste. J'ai provoqué 3 fois l'accouchement prématuré pour des vomissements incoercibles et j'ai eu deux guérisons. J'attribue la terminaison malheureuse survenue dans la troisième observation, surtout à l'épuisement dans lequel était la malade, bien que je doive aussi incriminer certaines circonstances qui m'ont empêché de faire un tampon efficace dont l'application était indiquée.

Charpentier. — Je me rallie entièrement à ce que vient de dire M. Bailly sur l'opportunité de l'accouchement prématuré. De plus, d'après mon expérience, je tiens pour un critérium sûr au point de vue du moment où il faut intervenir, *la déperdition de poids*. Quand la persistance des vomissements a troublé la nutrition au point d'amener des accidents fébriles en rapport avec un commencement d'inanition qui se traduit par une perte journalière et notable de poids, il faut intervenir. Partant de ce principe, j'ai provoqué 7 fois l'accouchement prématuré et j'ai eu 7 succès.

(1) Vid. in Ann. de gyn. et d'obstétrique, p. 212.

Pajot. — Un mot seulement ! Je suis convaincu qu'aucun médecin consciencieux, à condition qu'il ne se laissera pas aveugler par des considérations étrangères à son art, n'hésitera devant l'impuissance des moyens médicaux à procéder, en temps utile, à la provocation de l'accouchement prématuré. Je suis donc absolument de l'avis de MM. Bailly et Carpentier. — Mais j'estime qu'il est de toute prudence, quand on a reconnu l'utilité de l'accouchement prématuré, de se faire adjoindre un ou plusieurs confrères dont l'honorabilité est au-dessus de tout soupçon, pour éviter les commentaires malveillants dont une intervention de cette nature pourrait, dans quelques cas, être le point de départ.

M. Bailly. — **Trois cas d'écouvillonnages de l'utérus.**

Obs. I. — C'est le cas d'une femme, âgée de 42 ans, qui a déjà eu 5 enfants. Une sixième grossesse, rendue probable par l'absence pendant deux mois d'éruption menstruelle chez une femme habituellement bien réglée, par l'existence de l'ensemble des symptômes qu'elle a présentés dans les grossesses antérieures, aboutit vers le 3e mois à une fausse couche. Dès ce moment, à quelques jours près d'accalmie, il survient une perte de sang qui résiste à tous les moyens ordinaires, à la cautérisation intra-utérine avec le nitrate d'argent, mais qui cède à cette même cautérisation précédée de l'écouvillonnage de l'utérus. Pour cette première observation, l'utérus n'a pas été abaissé à l'aide d'une pince mais par la seule pression exercée sur le fond de la matrice, à travers la paroi abdominale, par la main d'un aide. *Guérison*, sans le moindre accident.

Obs. II. — Il s'agit ici d'une femme qui, depuis un mois, était sujette à une perte de sang, vraisemblablement sous la dépendance d'une métrite hémorrhagique et qui s'était montrée rebelle à tous les moyens hémostatiques ordinaires. Utérus gros, peu sensible au toucher, pas de fibrome apparent. Dans ce cas, l'écouvillonnage fut fait d'après les règles posées par M. Doléris. Dilatation du col au moyen de tiges de laminaire, et complétée à l'aide du dilatateur Charrier. Abaissement de l'utérus, écouvillonnage, application de glycérine créosotée à 1/5, etc. ; injection vaginale avec une solution de sublimé. *Guérison*, sans le moindre accident.

Obs. III. — Femme âgée de 36 ans, ayant fait déjà deux fausses couches. Après un retard de 15 jours environ dans l'apparition des règles, survint une hémorrhagie profuse qui se prolongea et se

reproduisit d'une manière intermittente. L'écouvillonnage pratiqué comme dans le cas précédent, amena une *guérison* parfaite.

Conclusions :

a Les opérées étaient malades, aujourd'hui elles sont guéries.

b L'écouvillonnage de l'utérus est d'une application facile, quand on le fait précéder d'une dilatation suffisante du col utérin, opérée au moyen de tentes dilatatrices, au besoin par l'usage de dilatateurs métalliques.

c L'écouvillonnage utérin n'est pas habituellement douloureux.

d Dans la généralité des cas, cette pratique est inoffensive, si on en use avec les précautions antiseptiques convenables.

e) Faut-il conclure que la méthode est constamment et très généralement efficace et sans danger ? Il serait prématuré et téméraire de le faire. Mais, si trois faits sont insuffisants pour permettre de conclure définitivement que la méthode est constamment bonne, ces trois faits, devenus des succès, ne permettent pas de conclure qu'elle est décidément mauvaise.

CHARPENTIER. — Chez sa première malade, M. Bailly n'a pas adopté franchement la technique opératoire telle qu'elle a été tracée par M. Doléris. Il est vrai que dans les deux autres cas, il s'y est entièrement conformé. Seulement, je lui ferai encore deux observations sur sa façon de procéder : a) *Pourquoi laisse-t-il à un aide le soin de maintenir le fond de l'utérus* ? Il se prive en effet ainsi d'une condition de sécurité qui a son importance.

En prenant cette précaution lui même, l'opérateur sent très bien à travers les parois abdominale et utérine l'extrémité de son instrument et cette sensation le met mieux en garde contre la perforation, non impossible, de la matrice ; b) *Pourquoi a-t-il fait suivre l'écouvillonnage de cautérisations au nitrate d'argent ?* Ces cautérisations sont suivies parfois de douleurs très violentes qu'on peut épargner à la malade, en leur substituant les applications de glycérine créosotée.

BAILLY. — Si je n'ai pas, dès l'abord, adopté entièrement la technique tracée par M. Doléris, c'est que je faisais en quelque sorte, mon éducation sur l'écouvillonnage de l'utérus. Je voyais surtout dans cette opération un moyen d'absterger complètement la muqueuse utérine, et cela ne me paraissait pas devoir exclure la cautérisation. Pour les derniers cas, comme vous avez pu en juger, je me suis conformé aux indications posées par M. Doléris.

Je ne crois pas que les dangers de perforation que signale M. Charpentier soient aussi grands qu'il semble l'admettre. Le seraient-ils d'ailleurs par suite d'un ramollissement avancé de la paroi utérine, je ne vois pas comment du seul fait que ma main soutiendrait le fond de l'utérus, je serais à l'abri de cet accident.

PAJOT. — M. Bailly vient de relater 3 cas d'écouvillonnage. Je pourrais en rapporter 6. Depuis quelques mois, j'ai expérimenté la méthode contre laquelle, je l'avoue nettement, je m'étais vivement insurgé dès son apparition. J'ai eu à traiter des femmes non pas atteintes de métrites hémorrhagiques, mais de métrites avec catarrhe extrêmement abondant. Or, j'ai constaté que l'écouvillonnage : *a*) employé *exclusivement* permet, chose précieuse, de réaliser un nettoyage parfait, mais rien de plus ; *b*) que suivi de la cautérisation avec le nitrate d'argent, il guérit. Et cela se conçoit ! On s'explique aisément que l'action du caustique soit beaucoup plus efficace quand sa pénétration n'est pas gênée par la présence d'une couche épaisse de mucus. En ce qui concerne la valeur des applications de glycérine créosotée, je n'ai pas de jugement à formuler, n'ayant aucune expérience personnelle à ce sujet.

MARTINEAU. — Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit précédemment sur le traitement de la métrite. Je rappelle seulement que j'ai admis la nécessité, dans certains cas, du traitement local. Mais, je le répète, quand ce traitement local m'a paru indispensable, les cautérisations avec le nitrate d'argent ont suffi pour amener la guérison. Jamais encore, je n'ai eu besoin d'abaisser l'utérus, de pratiquer le curettage... ; certes, on m'a adressé des malades pour que je pratiquasse chez elles cette dernière opération. Mais, après examen, j'ai toujours constaté et démontré à mes élèves qu'on les guérissait sans cela. Une cautérisation au nitrate d'argent, durant la période inter-menstruelle, quelques jours de repos et ces femmes sont guéries. Parfois, il est vrai, il faut répéter la cautérisation, une, deux fois, dans les périodes inter-menstruelles suivantes. Toujours j'ai obtenu la guérison et je n'ai jamais observé d'accidents. En vérité je ne vois pas encore, surtout en tant que méthode usuelle, l'utilité ni de l'abaissement de l'utérus, ni de la dilatation du col, ni de l'écouvillonnage, ni du curage.

CHARPENTIER — M. Martineau reconnaît qu'avec sa manière

d'opérer, il faut parfois pratiquer deux, trois cautérisations, ce qui en somme représente un traitement long. Or ce qui caractérise précisément l'écouvillonnage, ce qui en fait la supériorité, c'est la rapidité avec laquelle la guérison est obtenue et cela en toute sécurité.

DUMONTPALLIER. — Ayant mission, à l'Hôtel-Dieu, de faire une consultation qui est très chargée puisqu'il y vient 60 à 80 malades atteintes d'affections utérines, je suis tout disposé à employer les moyens efficaces et rapides. Mais je désirerais savoir si après avoir lavé l'utérus et pratiqué l'écouvillonnage, on peut renvoyer les malades chez elles.

PAJOT. — Je crois qu'il y aurait grande imprudence à agir ainsi. Après une pratique déjà longue, je déclare que je n'ai vu survenir des accidents, à la suite de cautérisations intra-utérines (nitrate d'argent, acide nitrique, cautère actuel) que chez des femmes qui ne s'étaient pas absolument conformées aux prescriptions. M. Richet, dont la grande expérience est connue de tous, a fait la même remarque. En résumé, je crois qu'il faut pouvoir imposer aux femmes de 4 à 5 jours de repos.

M. RICHELOT. — **Cancer de l'utérus, hystérectomie vaginale.** Il s'agit d'une malade qui fut adressée à M. Richelot, avec le diagnostic de *cancer du corps de l'utérus*. Or, ce diagnostic, si utile à faire à temps, est malheureusement entouré de grosses difficultés; l'observation rapportée récemment par M. A. Guérin en est une preuve. Ce n'est pas seulement le diagnostic du cancer, mais aussi de son degré d'extension qui est extrêmement difficile. Dans le cas actuel, l'état général était excellent. L'utérus, augmenté de volume, laissait s'écouler un liquide rosé, d'odeur caractéristique. Seule l'hystérectomie permettait d'espérer une ablation complète du tissu dégénéré. Elle fut entreprise, mais, l'ouverture des culs-de-sac permit de constater une propagation déjà bien avancée de la néoplasie. Les culs-de-sac antérieur et postérieur étaient envahis. Néanmoins la malade se remit de l'opération qui forcément resta incomplète.

Ainsi donc, dans ce cas, contrairement à l'impression qui s'était dégagée de l'examen des signes objectifs, la dégénérescence cancéreuse, loin d'être restée localisée, s'était étendue aux tissus périutérins. Or, il serait précieux de faire dès le début, quand il est cantonné au corps de la matrice, le diagnostic du cancer. Car,

contrairement à l'opinion émise par M. Doléris, l'examen des statistiques, la considération du siège habituel et du mécanisme des récidives, témoignent que jamais l'hystérectomie n'est ni plus indiquée, ni plus efficace que quand il s'agit de ces cancers du corps.

M. Sécheyron lit au nom de M. Auvard, une observation de **tamponnement intra-utérin.** — Voici le résumé très bref de cette observation qui a déjà paru *in extenso* dans le nº 44 de la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1887. Une femme primipare, est prise le 5e jour après un accouchement naturel, d'une hémorrhagie extrêmement abondante. Cette hémorrhagie un instant diminuée, se prolonge et se reproduit tout à coup avec une grande intensité. Le cas est grave. La femme est pâle, couverte de sueurs, le pouls faible et fréquent. La respiration un peu gênée. Il faut intervenir immédiatement et d'une manière efficace. C'est devant la gravité d'une pareille situation que M. Auvard se décide, après avoir aussi complètement que possible évacué la cavité utérine de tous caillots, et en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses, à pratiquer le tamponnement intra-utérin qu'il réalise au moyen d'une bande de gaze iodoformée. L'hémorrhagie et la mort imminente sont conjurées. Le lendemain, on enlève la bande qui a servi au tamponnement. Elle est teintée de sang rouge foncé, il n'y a pas trace d'écoulement récent, elle n'exhale aucune autre odeur que celle de l'iodoforme et elle mesure 4 m. 50 de longueur. *Le succès a été complet.*

L'observation est précédée d'un exposé historique du tamponnement intra-utérin et accompagnée de quelques réflexions.

« Le tamponnement utérin ne fait que renaître, et il est encore trop nouveau pour qu'il soit possible de tracer sa description complète. Il est probable que d'ici peu il fera beaucoup parler de lui. Pour l'instant, qu'il suffise de citer ses deux indications principales.

1º Les hémorrhagies utérines graves alors que l'œuf a complètement évacué.

2º La septicémie d'angine intra-utérine, après curage et nettoyage préalable de cette cavité utérine. R. L.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

Séance du 4 novembre 1887

Présidence du Professeur Cornil

M. Montprofit montre une **môle hydatiforme** dont a acconché spontanément une femme de 46 ans, mère de 9 enfants dont le dernier a 11 ans et qui a été réglée régulièrement jusqu'en juillet 1887. Depuis, elle a été anémiée par des metrorrhagies abondantes. On sentait dans l'abdomen le globe utérin distendu comme par une grossesse de 6 mois environ. La masse expulsée est formée : 1° de caillots; 2° de sortes de vésicules translucides. L'examen histologique sera pratiqué.

M. Villar fait voir un utérus contenant dans la cavité du corps un magma caséeux, la cavité cervicale étant libre.

M. Cornil a vu assez souvent des lésions de ce genre sur les vieilles femmes de la Salpêtrière. Il les attribue à un certain degré de métrite avec atrésie du col.

M. Terrillon présente un **kyste hématique des annexes de l'utérus.** Il l'a enlevé ce matin à une dame de 32 ans prise brusquement, il y a 7 ans, d'un arrêt des règles avec douleur abdominale. Depuis, à chaque période menstruelle, elle voyait quelques gouttes de sang, puis, le lendemain, des douleurs s'irradiaient dans le ventre, et s'accompagnaient de vomissements. Pendant longtemps soignée pour une phlegmasie péri-utérine, la malade consulta il y 4 ans M. Terrillon qui constata une tumeur abdominale. Une ponction en retira 400 gr. de sang. Depuis, 12 ponctions furent faites, car à chaque menstruation la poche se remplissait. Elle furent peu à peu plus espacées : cependant M. Terrillon se décida à une intervention radicale. Par la laparotomie, il arriva sur une tumeur située derrière l'utérus et probablement formée par la fusion des annexes des deux côtés. Il put décortiquer cette masse et l'enlever. Elle est constituée par deux poches, une grande et une petite. La grande est anfractueuse, contient des caillots fibrineux et du sang liquide. Elle semble provenir de l'ovaire plutôt que de la trompe, dont on retrouve le pavillon. La question sera jugée par l'examen histologique, dont se charge le professeur Cornil.

Séance du 11 *novembre* 1887.

M. Montprofit montre un **myxo-sarcome de l'ovaire** formant une

tumeur volumineuse, enclavée dans le bassin entre l'utérus et le rectum; tumeur qu'on sentait au toucher vaginal dans le cul-de-sac postérieur.

M. MALET présente un **kyste de l'ovaire**, enlevé ce matin conjointement avec un myome de l'utérus. Une ponction, quelques jours auparavant, avait fourni un liquide d'ascite identique à celui qu'on a trouvé dans le kyste. Il semble y avoir eu une perforation spontanée du kyste. *MM. Cornil et Verchère* contestent le fait : il y a seulement des végétations sur la face externe de la poche et il en est résulté, comme c'est la règle en pareil cas, une sécrétion, intra-péritonéale. (La malade est morte 3 jours après d'hémorrhagie.)

M. VALAT apporte un **cancer de la cavité du corps de l'utérus.** Le début remonte à 3 ans et la cavité cervicale n'est que fort peu envahie.

M. DARIER a examiné une pièce analogue enlevée par M. Pozzi et, au milieu de végétations de métrite chronique, il a trouvé un point très limité de dégénérescence épithéliale.

M. BRAULT a vu des végétations analogues du corps dans des cas de cancer du col. (L'examen histologique de la pièce de M. Valat a été pratiqué par M. Manet. Il s'agit bien d'un épithéliome).

Séance du 25 *novembre* 1887.

M. POIRIER décrit les **lymphatiques de l'ovaire.** Il les montre se rendant en partie, par le ligament rond, dans les ganglions inguinaux. Avec M. Sappey, il se croyait maître d'une découverte quand il vit cette disposition figurée dans l'atlas de Mascagni. M. Poirier ajoute que sur plus de 300 pièces il n'a jamais pu trouver ni le ganglion du col utérin, ni le ganglion juxta-pubien.

A. BROCA.

60e RÉUNION DES MÉDECINS ET NATURALISTES ALLEMANDS, TENUE A WIESBADEN, 1887.

Section de gynécologie (suite) (1).

AHLFELD. — **Le liquide amniotique représente-t-il un des agents de nutrition du fœtus.** La solution de la question exige la démonstration de ces trois conditions : 1) Le liquide amniotique arrive

(1) Vid. in Ann. de gynéc. et d'obstétrique, p. 376, 1887.

dans le tube digestif sous l'influence de mouvements de succion ; 2) Il contient des substances nutritives ; 3) Ces substances sont résorbables. Or, la présence dans le méconium d'une grande quantité de vernix caseosa et de beaucoup de poils, mise hors de doute par l'examen microscopique, prouve d'abord que le fœtus ingère une quantité énorme de liquide amniotique. En second lieu, les recherches antérieures faites par l'auteur, corroborées par des expériences nouvelles, ont établi d'une manière indiscutable que le liquide amniotique contient une assez forte proportion d'albumine et qu'en conséquence il possède des qualités nutritives. En ce qui concerne les mouvements de succion, la seule circonstance que l'on voit des enfants, presque immédiatement après la naissance, porter le doigt à la bouche et le sucer, constitue une forte présomption en faveur de la production de ces mouvements pendant la vie intra-utérine. D'ailleurs, on en trouve des traces sur la main et sur les doigts des nouveau-nés. Enfin, des mouvements rythmiques accomplis par le fœtus *in utero*, enregistrés à l'aide des appareils de Trichters et Marey, paraissent très vraisemblablement correspondre à des mouvements de succion.

FEHLING. — **De la laparotomie dans les cas de tuberculose péritonéale.** La laparotomie exploratrice, pratiquée par des chirurgiens soucieux d'observer rigoureusement toutes les règles de l'antisepsie, mérite de prendre le pas sur la ponction exploratrice. La sécurité avec laquelle on aborde aujourd'hui la cavité abdominale a eu pour résultat de mettre, soit à la suite d'une erreur de diagnostic, soit après un diagnostic rigoureusement posé, le chirurgien en présence de lésions péritonéales, de nature bacillaire. Or les résultats de ces incisions ont été très satisfaisants. Voici 3 cas démonstratifs résumés par l'auteur.

1) Multipare, âgée de 31 ans, entrée en traitement pour des accidents d'aménorrhée compliqués d'amaigrissement. Au-dessus du ligament de Poupart, à droite, on constate la présence d'une grosseur, du volume d'une orange, qu'en raison de sa pseudofluctuation on prit pour l'ovaire droit. En arrière de l'utérus, de petites nodosités. Pas d'ascite. L'incision exploratrice permit de constater que la tumeur supposée n'était autre chose que le cæcum, transformée en une masse arrondie, par des lésions tuberculeuses. Appendice vermiforme, dernière partie de l'intestin grêle, mésentère, étaient semés de nombreuses granulations

tuberculeuses. En arrière de l'utérus, se trouvaient les deux trompes qui présentaient un aspect moniliforme.

Guérison sans phénomènes réactionnels. Amélioration très marquée de l'état antérieur.

2) Nullipare, âgée de 24 ans. 6 mois auparavant, elle avait eu une attaque sévère de péritonite. Elle présente une tumeur qui, située à gauche, s'étendait obliquement de l'épine iliaque antérieure et supérieure au-dessus de l'ombilic. Comme elle avait eu autrefois des accidents pleurétiques, on porta le diagnostic de tuberculose péritonéale. Et dans l'idée qu'il y avait un exsudat enkysté qu'on pourrait enlever, on fit la laparotomie. Or, les anses intestinales étaient si adhérentes entre elles et à la paroi abdominale, qu'il fut impossible de pénétrer dans le ventre. Il y eut les lésions de l'intestin qui furent suturées.

Guérison. — Dans les 3 *mois qui suivirent, la femme gagna* 18 *livres.*

3) Femme âgée de 25 ans. Elle avait accouché 2 années 1/2 auparavant. 6 mois avant l'opération, pour lutter contre une ascite en voie de progression, on l'avait ponctionnée. Depuis, elle était alitée et en proie à des accidents fébriles. On constata une tumeur abdominale, située à gauche, qui était le siège d'une fluctuation manifeste. Le diagnostic *ascite tuberculeuse enkystée* se confirma à l'incision exploratrice. Incision large, drainage par le vagin, suture du sac à la paroi abdominale. — *Guérison et amélioration remarquable.*

Comment expliquer l'amélioration qui suit la laparotomie? Le mécanisme de l'amélioration échappe encore. Mais elle est indiscutable. Sur 21 cas d'ascites tuberculeuses enkystées, sur lesquels on a obtenu des renseignements très précis, il y a eu 15 guérisons (8 datent de plus d'une année) et 6 morts; sur 5 cas d'ascites libres, il y a eu 2 guérisons et 2 améliorations. L'action curative réside non dans les antiseptiques (iodoforme, sublimé), mais peut-être dans l'introduction d'un micro-organisme, d'une bactérie, ou simplement dans les modifications apportées à la circulation par le seul fait de l'opération. Les faits cliniques mettent bien en relief la plus grande fréquence de la tuberculose péritonéale chez la femme. Mais il ne faudrait pas accepter trop facilement qu'il s'agit de tuberculoses primitives. Il est plus que probable que, le plus souvent, les trompes ont été primitivement envahies et que les

lésions de la séreuse ne sont que secondaires. En terminant, l'auteur se rallie à l'opinion émise par Hégar que « *la tuberculose tubaire, quand la chose est possible, doit être de bonne heure traitée chirurgicalement* ».

[illegible]. — **Des incisions pratiquées sur le col de l'utérus.** Dans certains cas où les intérêts de la mère et de l'enfant exigent une terminaison rapide de l'accouchement, l'effacement incomplet du col, une dilatation insuffisante apportent un obstacle à cette terminaison. Quand l'obstacle siège, exclusivement à l'orifice externe, la conduite à suivre est simple. La dilatation artificielle est en général aisée. Tout le monde est unanime à reconnaître l'utilité et l'innocuité des petites incisions. En revanche, on s'accorde à condamner la pratique des incisions profondes qui, dit-on, peuvent amener l'infection, des hémorrhagies redoutables, enfin devenir le foyer de déchirures graves. Il est certain que lorsque c'est tout le col qui ne s'efface pas, il faut rejeter ces incisions. Mais quand, seule, la portion vaginale résiste, on peut se départir de cette règle trop absolue. Voici une observation instructive. Une femme est en travail ; le col a encore 1 centim. 1/2 de longueur environ. Le salut de l'enfant exige une terminaison rapide de l'accouchement. L'orifice externe, bien mis en évidence au moyen du spéculum à valves, on pratique sur le col, avec les ciseaux de Schultze, courbés sur le champ, 6 incisions profondes de 2 centim. Immédiatement, de la première incision, le sang jaillit abondamment ; mais l'hémorrhagie est aussitôt arrêtée par la suture de la surface cruentée. A l'aide d'une suture entrecoupée, le col est uni à la muqueuse vaginale sur toute l'étendue de la plaie. Après chaque incision, avant d'en faire une nouvelle, le sang est arrêté de la même manière. On laisse des fils très longs dans le but de s'en servir plus tard comme moyens de traction. Grâce à ces incisions, l'effacement, la dilatation s'effectuent assez tôt pour permettre d'extraire avec le forceps un enfant vivant. L'expulsion placentaire accomplie, on suture deux déchirures qui ont eu pour point de départ deux incisions. Puis on enlève successivement les sutures hémostatiques et on suture les incisions avec du catgut. *Enfant vivant ; suites de couches normales.*

Il importe beaucoup que toutes les manœuvres qui constituent la méthode opératoire soient exécutées sous le contrôle de l'œil :

du reste, règle générale, cette condition doit être autant que possible réalisée dans toutes les interventions obstétricales ; le speculum à valves (Rinnenspeculum) doit, sans exception, entrer dans la composition de toute trousse obstétricale (Cent. f. Gynäk., nº 45, 1887).

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE BERLIN

Présentations : Wyder. — **Utérus atteint de dégénération cancéreuse commençante de la portion vaginale.** L'incision latérale de l'utérus donna issue à un œuf de 4-5 semaines environ. La muqueuse utérine se trouvait être transformée en une caduque, ayant 1 cent. d'épaisseur. Le sac qui avait contenu l'œuf correspondait à l'orifice tubaire du côté droit. La caduque réflécie présentait une déchirure à travers laquelle l'œuf s'était échappé. C'est dans l'ovaire gauche qu'on découvrit la présence d'un corps jaune. Il y a donc là un exemple de la migration, intra-utérine, d'un ovule de l'*ostium uterinum* du côté gauche à l'*ostium uterinum* du côté droit.

Martin. — **Myome, du poids de 2100 grammes, énucléé après laparotomie.** Il était inclus dans le ligament large. L'énucléation, après incision de l'enveloppe séreuse, fut aisée. Pas d'hémorrhagie au niveau du lit de la tumeur.

Schulein. — **Myome de la grosseur d'une tête d'adulte, excisé après laparotomie.** 2 années 1/4 auparavant, la femme qui est âgée de 27 ans, ne présentait aucune trace de tumeur. L'évolution a donc été remarquablement rapide et comme elle s'accompagnait d'hémorrhagies considérables et de douleurs intenses, l'opération devint nécessaire. Incision abdominale. Ligature et excision des annexes des deux côtés. Application d'un lien élastique autour du col. Section du myome au-dessus du lien élastique, et excision d'une tranche cunéiforme du moignon. Cautérisation de la surface cruentée avec une solution phéniquée à 1 pour 10. Constriction du moignon au moyen de la suture étagée au catgut. Abandon du pédicule dans la cavité abdominale.

P. Ruge. — **Utérus atteint de cancer, au début seulement, de la portion vaginale.** Il s'agit d'une femme à laquelle, il y a deux mois déjà, Martin avait proposé l'opération dont elle fut détournée par les conseils d'un soi-disant gynécologue. Il est extrêmement fâcheux qu'il se rencontre encore des gynécologues hostiles à toute idée

d'opération dans la période première du cancer, la gravité du pronostic étant en rapport direct avec les retards apportés à l'opération.

Cohn. — **Môle sanguine.** Elle a été expulsée vers le commencement du 3e mois de la grossesse, et le 5e jour après une tentative de suicide par la strychnine. La femme dont il s'agit présenta en effet tous les symptômes toxiques causés par l'ingestion d'une dose trop forte de cette substance. Il est probable que les crises convulsives ont amené une hémorrhagie au niveau de l'insertion de l'œuf et par contre-coup l'expulsion prématurée de celui-ci. Le traitement a consisté dans l'administration du chloral 5-6 grammes, et la chloroformisation.

Olshausen. — a) **Utérus, atteint de myome, et pesant 10 livres,** enlevé après laparotomie. La tumeur était franchement pédiculée, mais comme d'un côté, elle s'était développée entre les feuillets du repli mésentérique du côlon descendant, l'opération fut assez laborieuse. L'ovaire correspondant, bien que normal, est le siège d'une hyperplasie qui, comme Olshausen l'a déjà montré, ne se rencontre que dans le cas de myome.

b) Portion d'un **myome,** qui pesait 30 livres, enlevé à une femme que l'auteur de la communication présente à ses collègues, et qui est parfaitement guérie. Olshausen attire, à propos de ce cas, l'attention sur une infiltration spéciale de la paroi abdominale qui se produit souvent après l'extirpation de ces énormes tumeurs.

c) **Utérus présentant un myome interstitiel et un cancer de la cavité devenu putride.** En raison de cette dernière circonstance, Olshausen, pour la 1re fois, a adopté la méthode du traitement externe du pédicule. L'opérée d'ailleurs est morte le second jour d'une hématémèse, consécutive sans doute à une métastase cancéreuse de l'estomac.

Gnauk. — **Des affections nerveuses et des opérations gynécologiques.** On peut, par une opération gynécologique, se proposer de guérir soit une névrose, un ensemble de troubles nerveux, soit un symptôme nerveux spécial. Dans ce dernier cas, le succès couronne assez souvent l'entreprise. On n'a peut-être pas guéri une seule névrose.

On peut, en dépit d'une névrose confirmée, entreprendre une opération gynécologique, parce que des hémorrhagies, des tumeurs, des phénomènes d'histéralgie en peuvent établir l'indication for-

melle. En semblables conditions, les difficultés sont parfois considérables, parce qu'on n'est pas absolument garé contre une aggravation de l'état général directement liée à l'intervention. Enfin, on peut être conduit à pratiquer une opération gynécologique à cause de l'existence d'une maladie dont la guérison ou tout au moins l'arrêt, peuvent hâter ou amener la guérison de la névrose concomitante.

De nombreuses observations prouvent combien une opération gynécologique peut avoir une influence heureuse, *quand elle est pratiquée à temps*, sur une névrose existante ; généralement ce moment opportun ne correspond pas au début de la névrose, mais à une période de son évolution où elle s'est déjà quelque peu amendée. D'un autre côté, il est facile de se convaincre qu'en certains cas, un traitement gynécologique prolongé peut être préjudiciable au point de rendre une névrose absolument incurable (Cent. f. Gynäk. N° 26, 1887.)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES

Présentations : BLUETTE. **Un fœtus hydrocéphale.**

GRIFFITH. *a)* **Hématome de la matrice et des trompes** ; *b)* **Un cas de pyométrie.**

G. LOWE rapporte une observation de **tumeur du vagin.** Cette tumeur apparut chez une jeune fille, âgée de 14 ans, au moment d'une éruption menstruelle. Elle paraissait siéger dans la paroi gauche du vagin et être en rapport de continuité avec une tuméfaction qui remplissait le bassin et remontait jusqu'à l'ombilic. A l'examen vaginal, on ne trouva pas de col, mais une dépression, située en haut et en arrière, qui laissait pénétrer un cathéter à 5 cent. environ de profondeur. Une ponction amena l'écoulement d'une grande quantité d'un liquide épais, noirâtre et inodore. Toute tuméfaction disparut et la jeune fille fut guérie.

HERMAN fait remarquer qu'il y avait sans doute chez cette jeune fille un double vagin dont l'un imperforé. Une partie du sang des règles s'accumulant dans ce dernier, avait donné lieu à la production de la tumeur, tandis que l'écoulement menstruel s'effectuait par l'autre vagin.

SWAYNE s'occupe de l'**hydrocéphalie en tant que cause de dystocie.** Il relate 7 cas tirés de sa pratique personnelle, dans les-

quels la terminaison fut trois fois naturelle, et, 4 fois, exigea le secours de l'art. Dans l'un des premiers, la malade mourut d'une rupture de la matrice, probablement. C'est là, comme il ressort bien des statistiques de Keith, un accident assez fréquent. Pour l'éviter, il importe de faire le diagnostic de bonne heure. L'expectation, aussi bien que l'emploi du forceps dans l'intention malencontreuse de sauver l'enfant, donnent des résultats désastreux.

Discussion : GERVIS, B. HICKS, GALABIN, PLAYFAIR, BOXALL, PHILLIPS, HORROCKS, GRIFFITH. — Voici les principaux points de cette discussion. Le diagnostic, en temps utile, de l'hydrocéphalie importe beaucoup. Pour le faire le plus sûrement et le plus promptement qu'il soit possible, il ne faut pas hésiter à introduire toute la main dans le vagin. L'anesthésie préalable par la chloroformisation, facilite beaucoup cet examen. Dans certains cas l'éveil, sur l'hydrocéphalie est donné par le fait que les branches du forceps appliqué sur la tête fœtale font entre elles un écart insolite. De même, la persistance de contractions extrêmement violentes, presque tétaniques et qui, la présentation du sommet étant positivement reconnue, sont impuissantes à faire progresser le pôle fœtal. La perforation du crâne est l'opération de choix. Quand il s'agit d'une présentation pelvienne, le procédé conseillé par Tarnier, qui consiste à ouvrir la colonne vertébrale, le plus près possible de la région du cou et à aspirer par cette voie le liquide céphalo-rachidien en excès, est de bonne pratique.

MEREDITH rapporte une observation d'**hématométrie coïncidant avec un cysto-fibrome de l'utérus.** C'est le cas d'une femme âgée de 46 ans, qui depuis plusieurs années avait une tumeur abominale. En avril 1883, elle eut des ménorrhagies abondantes, fit une pleurésie et garda le lit environ 8 semaines. La cessation des règles date de cette époque. A partir de ce moment, elle accusa de la sensibilité du ventre et se plaignit de douleurs ayant un caractère spasmodique, et ayant la tumeur pour siège. Elle entre à *Samaritan Hospital* en décembre 1886. Le ventre était occupé par une tumeur énorme, semi-solide. La portion vaginale du col était ramollie, mais non augmentée de volume. On pratiqua après la laparotomie, *l'hystérectomie supra-vaginale et l'extirpation des annexes.* Six semaines après, la femme *parfaitement guérie*, quittait l'hôpital. La tumeur était constituée par l'utérus énormément distendu et le siège, au niveau de sa paroi antérieure, d'un

fibrome dégénéré qui, par une ouverture ovalaire, communiquait largement avec la cavité utérine remplie de sang putréfié. La paroi postérieure était très hypertrophiée. La masse totale pesait 15 livres.

Discussion : GALABIN, HERMAN, HORROCKS. (British med. J. Novembre 1887).

Dr R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES JOURNAUX

De l'endométrite pendant la grossesse. J. VEIT (Berlin). — L'endométrite mérite sûrement de prendre dans l'étiologie de l'avortement une importance plus grande que celle qu'on lui a accordée jusqu'à ce jour; sa fréquence chez les femmes non enceintes permet de supposer qu'elle doit aussi, assez souvent, se rencontrer dans l'état de gestation. Le terme « *endométrite déciduale* » n'est pas très heureux, celui « *endométrite des femmes enceintes* » paraît être plus juste. Depuis longtemps déjà l'auteur a, dans cette idée, examiné soigneusement tous les œufs abortifs et il a pu constater les modifications caractéristiques.

La question de savoir si ces modifications ne se produisent qu'après la mort de l'embryon et sont en relation de causalité avec elle, est résolue par les faits. Dans la majorité des cas, ces modifications précèdent et provoquent la fausse couche.

Il n'est pas toujours possible, de par l'analyse des antécédents, de faire remonter le processus à des désordres antérieurs à la grossesse ; cependant, le plus fréquemment, il en est ainsi. Mais, somme toute, on peut bien admettre, pour le 1er cas, que la métrite existait avant la grossesse, ne déterminant que des phénomènes de peu d'importance, qui se sont ensuite accusés sous l'influence de la gestation. L'affection n'amène pas, fatalement, l'expulsion prématurée de l'œuf et l'on constate parfois, sur des œufs expulsés à terme, ces modifications en relation avec l'endométrite.

La constatation, sur l'œuf expulsé, de l'existence de l'affection n'est pas chose facile ; néanmoins elle se fait avec certitude. Cliniquement, l'endométrite se révèle par les hémorrhagies, la douleur, etc. — Dans les cas en question, l'examen objectif révéla une contraction tonique de l'utérus ; un relâchement, partiel seulement ; des formes spéciales de distension, etc., etc.

Un certain nombre d'indications thérapeutiques découlent de ces recherches. Ainsi, dans le cas de vomissement incoercibles, quand on a la certitude de la mort du fœtus, si, en dépit de cette certitude, on ne veut pas tenter l'expulsion artificielle de l'œuf, du moins ne doit-on pas s'appliquer à prévenir cette expulsion; avant tout, il importe de s'efforcer d'apprécier exactement les particularités propres à chaque cas. (Berliner Klin. Wochenschrift N° 35. et Cent. f. Gynäkologie. N° 44. 1887).

Du rachitisme des nouveau-nés, F. SHWARZ. — Dans un exposé historique consciencieux, l'auteur rappelle les travaux de ses devanciers, en insistant plus longuement sur ceux très considérables, d'ELSASSER, KASSOWITZ, RITTER, VIRCHOW, UNRUH, FRIEDLEBEN, etc.... Se basant sur les faits acquis, il tâche ensuite de bien établir que : a) *les lésions crâniennes* (cranioblastes, ossification imparfaite des os du crâne); b) et les *lésions chondro-costales* (tuméfactions moniliformes) sont des preuves irréfragables de l'existence du rachitisme. Puis, il donne le résultat de recherches personnelles faites sur cinq cents nouveau-nés. Ces enfants sont rangés en 5 grandes classes, comprenant chacune 100 sujets, qui se subdivisent elles-mêmes en cinq catégories qui répondent respectivement aux conditions suivantes :

a) Tuméfactions des côtes inférieures (à partir de la 5e) allant jusqu'à la présence des tuméfactions en chapelet, et coïncidant avec les modifications des os du crâne, pouvant varier du simple ramollissement des bords osseux de la suture sagittale jusqu'à l'ossification imparfaite de la totalité de la calotte crânienne, celle-ci fournissant au doigt explorateur la sensation d'une membrane, du parchemin.

b) Maladie isolée des côtes, variant dans les mêmes limites que précédemment.

c) Lésions crâniennes existant isolément, dans les mêmes limites que plus haut.

d) Tuméfactions manifestes au niveau des limites des cartilages costaux.

e) Enfants normaux.

Les résultats de ces recherches, corroborées quand l'occasion se présentait par l'examen histologique, peuvent être résumés dans les conclusions suivantes.

La division du rachitisme en rachitisme des nouveau-nés et en rachitisme congénital, n'est pas fondée.

On ne se rend pas suffisamment compte de la fréquence relative du rachitisme intra-utérin, que les recherches histologiques ont mis hors de doute etqui apparaît parfois à une époque très précoce de la gestation.

Envisagé d'une manière générale, le rachitisme est une maladie extrêmement commune.

Eu égard aux cinquante enfants qui ont fait l'objet de ces recherches, la proportion des rachitiques est de 80,6 0/0. Et en rangeant parmi les enfants normaux, à seule fin d'éviter toute objection d'incertitude du diagnostic, ceux de la catégorie d); le chiffre se maintient à 75,75 0/0.

Il importe extrêmement que le praticien recherche soigneusement chez tous les nouveau-nés les marques irréfragables du rachitisme, car un traitement immédiat et énergique peut enrayer l'évolution de la maladie.

La syphilis héréditaire, et l'on sait quelle importance pathogénique lui accordait le prof. Parrot, devrait être mise entièrement hors de cause. Cependant, en raison de la fréquence énorme du rachitisme, il ne faut pas systématiquement écarter toute influence héréditaire, car cette fréquence s'accorderait mal avec une étiologie différente qui, par sa nature même, ne pourrait avoir qu'une action beaucoup plus circonscrite.

Il n'est pas douteux, d'après l'analyse de ces faits, que les conditions sociales, la nature du milieu, l'insuffisance, quantitative et qualitative, de l'alimentation, l'âge de la mère, le sexe des enfants, doivent rentrer dans l'étiologie de la maladie en tant que causes déterminantes. Quant à l'allaitement, aux maladies aiguës et chroniques, etc., ce sont là des circonstances qui paraissent surtout imprimer une nouvelle impulsion à la maladie déjà existante (Medizinische Jarbücher. Heft VIII. B. 495, 512).

Grossesse extra-utérine, rupture du kyste, L. Tait. — Tait donne communication d'une nouvelle série de 12 cas de grossesse extra-utérine, compliquée de rupture du kyste. Dans les 12 cas il est intervenu par la laparotomie. Des 12 opérées, une seule a succombé. Ces 12 cas, viennent s'ajouter aux 33 autres qu'il a déjà publiés, et sur lesquels il n'avait eu également qu'un cas de mort. Or, toutes

les fois qu'il est intervenu, il l'a fait dans des conditions d'une gravité exceptionnelle. Il est hors de doute qu'avec l'expectation, presque toutes ces femmes, sinon toutes, eussent succombé. La technique opératoire est simple : *inciser l'abdomen, aller directement au siège de la rupture, lier en masse, ne pas s'attarder dans l'application de ligatures isolées, supprimer la masse liée, enlever soigneusement tous les débris, et placer un tube à drainage.*

(British M. Journ. 12 Novembre 1887.)

Dr R. Labusquière.

Traité d'électricité médicale, recherches physiologiques et cliniques par les Drs Onimus et Legros, 2e édition revue et considérablement augmentée par le Dr Onimus, 1 fort vol. in-8° avec 275 figures dans le texte, 17 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Tout en conservant le plan de la première édition de cet ouvrage devenu classique, M. Onimus l'a mis au courant des immenses progrès réalisés dans le domaine de l'électricité.

Parmi les chapitres nouveaux nous citerons ceux qui traitent de la crampe des télégraphistes, des paralysies consécutives aux accidents de chemin de fer, de le contraction pseudo-paralytique infantile, etc.

La neuvième édition du **Manuel de médecine opératoire** de Malgaigne, revue par le professeur Le Fort, vient de paraître. La première partie comprenant les *opérations générales*, est considérablement augmentée, et illustrée de nouvelles figures. M. Le Fort y a notamment ajouté une introduction très développée traitant *des théories microbiennes et des pansements antiseptiques*, et une partie nouvelle sur la *prothèse des membres.* — Tel qu'il est, cet ouvrage classique depuis plus de cinquante ans, et toujours tenu au courant du progrès de la science, est indispensable aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants. La deuxième partie comprenant les *opérations spéciales*, paraîtra dans le courant de l'année 1888 (l'ouvrage complet en 2 volumes, 16 fr. Félix Alcan, éditeur).

Le gérant : A. Leblond.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XXVIII

Juillet à Décembre 1887

E

F

G

H

I

K

L

M

N

O

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU TOME XXVIII

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

